



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE PERINATAL**



ELIETE BOTELHO CARDOSO

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E INTERDISCIPLINARIDADE:
DIÁLOGOS SOBRE OS DIREITOS DOS USUÁRIOS**

Rio de Janeiro

2019

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL**

ELIETE BOTELHO CARDOSO

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E INTERDISCIPLINARIDADE:
DIÁLOGOS SOBRE OS DIREITOS DOS USUÁRIOS**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Perinatal.

Orientador: Prof^a. Dr^a Marisa Schargel Maia

Rio de Janeiro

2019

C1796 Cardoso Eliete Botelho

Educação permanente em saúde e interdisciplinaridade: diálogos sobre os direitos dos usuários /Eliete Botelho Cardoso-- Rio de Janeiro: UFRJ/Maternidade Escola, 2019.

177f. ; 31 cm.

Orientadora: Prof. Dra.Marisa Schargel Maia

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Perinatal) -Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Saúde Perinatal, 2019.

Referências bibliográficas: f. 130

1. Educação em saúde. 2. Integralidade em saúde. 3. Comunicação interdisciplinar. 4. Humanização da assistência. 5. Direito à saúde. 6. Responsáveis. 7. Saúde Perinatal – Dissertação. I. Maia, Marisa Schargel. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola. III. Título.

CDD - 610.70981

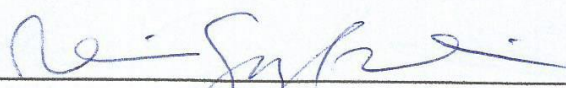
**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E INTERDISCIPLINARIDADE:
DIÁLOGOS SOBRE OS DIREITOS DOS USUÁRIOS**

Autor: Eliete Botelho Cardoso

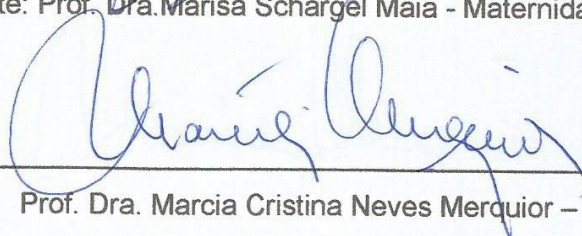
Orientadora: Prof. Dra. Marisa Schargel Maia

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Perinatal.

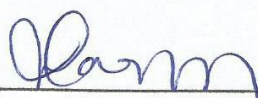
Aprovada em 05 de Abril de 2019.



Presidente: Prof. Dra. Marisa Schargel Maia - Maternidade Escola UFRJ



Prof. Dra. Marcia Cristina Neves Merquior – UERJ



Prof. Dra. Halina Cidrini Ferreira – UFRJ

*Minha família,
através de vocês resumo todo o meu carinho a
todos aqueles e aquelas que apoiaram esta minha
gestação de três anos.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, a origem, o alicerce e os valores fundamentais.

Aos meus filhos Danilo e Alexandra, meus sobrinhos Juliana e Gabriel (que também são filhos) pelo apoio e incentivo nos momentos difíceis.

Jú obrigado pelo auxílio, pelas contribuições e por me ouvir sempre.

À Vanda Botelho, fonte de inspiração e admiração, agradeço ao pai do céu por você ser minha irmã e melhor amiga, meu amparo e colo em todos os momentos.

À minha família, pelo apoio e compreensão em todas as conjunturas da vida; serei eternamente grata por conviver com pessoas mais que especiais como vocês.

Um agradecimento muito especial à minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Marisa Schargel Maia, por todo aprendizado proporcionado, pelo apoio, compreensão e disponibilidade, minha infinita admiração.

Minhas amigas de todas as horas, Virginia Célia de Mello e Imaculada Mundim, me sinto recompensada por ter vocês em minha vida, obrigada pelo estímulo constante e colo sempre.

Em um projeto científico, conta-se com pessoas que apoiam a proposta da pesquisa; no decorrer do processo de construção, encontramos outros tantos afetos e amigos, o pensamento torna-se coletivo, com a participação de muitos e, desta forma, quero expressar meus sinceros agradecimentos a todos que contribuíram direta ou indiretamente e que foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho; em especial à equipe de enfermagem do ambulatório da Maternidade Escola: Priscila, Débora, Cláudia, Selma, Fátima, Vanda e Sônia. A assistente social Cláudia Fanelli. Aos médicos Dr^a Lucia M. Nolasco, Dr^o Rodrigo Rocco e ao amigo Dr^o Benjamin.

Às chefias do serviço social, nutrição, fisioterapia, musicoterapia, enfermagem e psicologia que gentilmente colaboraram abrindo as portas dos serviços e apoiaram esta pesquisa.

À querida bibliotecária Marcia Medeiros de Lima, pelo empenho e disponibilidade.

À coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da UFRJ, Prof^o Dr^o Joffre Amim Junior e Prof^a Dr^a Ana Paula Vieira dos Santos Esteves, o meu muito obrigado.

Ao corpo docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da UFRJ, pelo conhecimento necessário para o desenvolvimento deste trabalho.

À Maternidade Escola, por abrir suas portas para o desenvolvimento da pesquisa; que esta venha florescer e, de alguma forma, contribuir para a melhoria do atendimento aos usuários do sistema público de saúde.

“Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.”

*70º ano da Declaração Universal dos Direitos Humanos
Artigo 1º, 1948.*

RESUMO

BOTELHO, C. E. **Educação permanente em saúde e interdisciplinaridade: diálogos sobre os direitos dos usuários.** 2019, 177f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Perinatal) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, 2019.

O direito à saúde é um direito humano essencial, como está descrito no art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, respaldando a definição de que a saúde é um dos elementos de cidadania. A dificuldade de propagação das informações sobre os direitos na saúde é um fator limitante ao exercício da cidadania. O objetivo foi tecer uma reflexão sobre a difusão e o conhecimento da Carta dos Direitos dos Usuários da saúde pelos profissionais que atuam no ambulatório da Maternidade escola da UFRJ. Para tal, foi realizada uma pesquisa-intervenção, prospectiva de cunho qualitativo, centrada em Rodas de Conversa com os profissionais participantes. Criamos um espaço coletivo para refletir sobre o processo de comunicação, informação e integralidade no cuidado e a utilização dos direitos na saúde. A partir da análise dos dados obtidos nas Rodas de Conversa, desenvolvemos um projeto aplicativo para divulgar a Carta dos Direitos dos Usuários da saúde.

Palavras-Chave: Educação em saúde. Integralidade em saúde. Comunicação interdisciplinar. Humanização da assistência. Direito à saúde.

ABSTRACT

The right to health is a human right essential, as described in art. 25 of the Universal Declaration of Human Rights, endorsing the definition that health is one of the elements of citizenship. The difficulty of propagation of information about the rights on health is a limiting factor in the exercise of citizenship. The goal was to make a reflection about the dissemination and knowledge of the Charter of rights of Users of health by professionals working in the ambulatory of the maternity School of UFRJ. To this end, a research-intervention, qualitative oriented foresight focusing on wheels of Conversation with the participating professionals. Create a collective space to reflect on the process of communication, information and completeness in the care and use of health rights. From the analysis of the data obtained in the wheels of Conversation we developed a project application to disclose the Charter of rights of Users of health.

Keyword: Health education. Health integration. Interdisciplinary communication. Humanization of care. Right to health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Resposta nº 01 do questionário	111
Gráfico 2 – Resposta nº 02 do questionário	112
Gráfico 3 – Resposta nº 03 do questionário	112
Gráfico 4 – Percentual da resposta nº 01 (Conhecimento) por categoria profissional.....	113
Gráfico 5 – Percentual da resposta nº 02 (Interesse) por categoria profissional..	114
Gráfico 6 – Percentual da resposta nº 03 (Diálogo) por categoria profissional ...	115
Quadro 1 – Número de profissionais que participaram da roda de conversa	108
Quadro 2 – Numero de profissionais que responderam ao questionário.....	111
Quadro 3 – Número de respostas quanto ao conhecimento sobre a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde	113
Quadro 4 – Número de respostas sobre Interesse em conhecer a Cartas dos Direitos dos Usuários da Saúde	114
Quadro 5 – Número de respostas quanto ao diálogo sobre a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.....	115
Quadro 6 – Percentual das declarações optativas e individuais dos profissionais que responderam o questionário.....	117

LISTA DE SIGLAS

SUS	O Sistema Único de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
APS	Atenção Primária em Saúde
AB	Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
EIP	Educação Interprofissional
ONU	Organização das Nações Unidas
CAP's	Caixas de Aposentadoria e Pensão
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
SAMDU	Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
Funrural	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
Inanps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
Conasp	Conselho Consultivo de Administração Previdenciária
AIS	Ações Integradas de Saúde
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação das Ações de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNLCS	Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde
SISREG	Sistema de Regulação
CDUS	Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Objetivos	14
1.1.1	Objetivo Geral.....	14
1.1.2	Objetivos Específicos	14
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1	O Humano: Razão e Emoção	15
2.1.1	O humano social: linguagem e relações humanas	16
2.1.2	A Linguagem verbal, não verbal e a conversa.....	18
2.1.3	Grupos sociais, institucionais e espaços relacionais	22
2.1.4	O humano aprendiz no seu ambiente.....	27
2.2	O Humano e Sua Construção Civilizatória: Paideia	30
2.2.1	Processo histórico: Areté e a Paideia Grega.....	30
2.2.2	Proposta educacional	33
2.2.3	Paideia Cristã	36
2.2.4	Paideia Iluminista	38
2.2.5	Paideia Alemã	40
2.2.6	Conceitos da Paideia: Filosofia da educação	41
2.3	Educação em Saúde: Educação Preventiva	44
2.3.1	Educação em saúde: modelo radical.....	45
2.3.2	Educação Continuada	46
2.3.3	Educação Permanente	47
2.3.4	Educação Permanente em Saúde.....	50
2.4	Transmissão, Cuidado e Saúde	53
2.4.1	O cuidado institucionalizado.....	56
2.4.2	A evolução do cuidado em saúde no Brasil.....	64
2.4.3	O movimento da Reforma Sanitária no Brasil.....	67
2.4.4	Um novo conceito de saúde	69
2.4.5	O Sistema Único para o Desenvolvimento da Saúde.....	70
2.4.6	O Sistema Único de Saúde	72
2.4.7	A integralidade na saúde.....	78
2.5	O Novo Paradigma da Saúde: do Multiprofissional ao	

Interdisciplinar	81
2.5.1 Saúde e cidadania: a construção do direito.....	84
2.5.2 A roda de conversa: Um instrumento de diálogo em saúde	95
3 METODOLOGIA.....	99
3.1 Processo da pesquisa.....	99
3.2 Análise dos Dados.....	102
4 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS.....	104
4.1 Teste Piloto	104
4.2 Roda de Conversa	108
4.3 Dados do questionário	111
4.4 Transcrição dos comentários individuais	116
5 DISCUSSÃO.....	118
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
REFERENCIAS	130
Anexo A – Dados da ouvidoria	141
Anexo B – Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde	143
Anexo C – Atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde	160
Apêndice A – Projeto Aplicativo	167
Apêndice B – TCLE Roda de Conversa.....	174
Apêndice C – Planejamento do teste piloto.....	175
Apêndice D – TCLE do questionário	176
Apêndice E – Questionário da pesquisa.....	177

1 INTRODUÇÃO

Consideramos que o trabalho na saúde é uma atividade humana em constante movimento de reestruturação, evolução, em que os sujeitos envolvidos são resultados de constantes processos que envolvem o aprendizado. Para compreender as concepções de educação em saúde, é necessário buscar entender, de forma independente, as concepções do humano, da educação e da própria saúde.

Segundo a Conferencia Nacional de Saúde (1986), a produção de cuidados está acompanhada de práticas educacionais. Assim, é possível dizer que a saúde é uma área de inclusão social. Em um sentido mais abrangente, é possível considerar que a saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego e lazer.

A Constituição brasileira de 1988 deu base para a implantação do novo sistema de saúde no Brasil. O Sistema Único de Saúde (SUS), criado para atender a todos os cidadãos, foi uma importante reforma de Estado no país.

Desde a sua criação, o SUS já provocou profundas mudanças nas práticas de saúde e, para que novas mudanças ocorram, é preciso haver também transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área.

Criada em 2004 pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH) veio para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. Essa política é pautada em três princípios: inseparabilidade entre atenção e gestão, transversalidade e autonomia e o protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2004b).

Como reforço e apoio aos princípios e diretrizes do SUS e das políticas de saúde, no ano de 2006, o governo federal publicou a primeira Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (elaborada em consenso com governos estaduais, municipais e pelo Conselho Nacional de Saúde). Tal instrumento pode assegurar, ao cidadão, o direito básico e digno para o ingresso nos sistemas de saúde - sejam eles públicos ou privados. Este documento é uma importante ferramenta para o exercício da cidadania, tornando acessível o conhecimento dos direitos e propiciando a contribuição para um sistema de saúde com melhor qualidade e mais justo.

A carta é um documento importante para que todas as pessoas possam acessar os serviços de saúde, asseguradas pelos termos da legislação vigente. Ela reforça o direito à saúde universal previsto na Constituição Federal de 1988, na Política Nacional de Humanização da Atenção do SUS e na Política Nacional de Gestão Participativa no SUS.

Os direitos descritos na legislação, ainda hoje, não são reais em muitos casos para quem procura um serviço de saúde. Partimos do pressuposto que o diálogo é um estímulo para o interesse em conhecer e, com o intuito de sensibilização da informação, utilizamos como instrumento de debate a “Roda de Conversa”, pois consideramos que o diálogo é um momento de partilha, que se deduz ser um exercício de escuta e fala. Julgamos que a conversa pode ser uma ponte para a construção de um espaço de troca e aprendizado e usamos a carta dos direitos dos usuários da saúde como tema de ancoragem da pesquisa.

A justificativa para a produção desta pesquisa refere-se à construção de um ambiente de diálogo como instrumento de estímulo à mudança da práxis no cuidado. Nossa proposta inicial focou na indagação da realidade sobre o conhecimento dos profissionais que atuam no atendimento ao usuário da saúde a respeito dos direitos das pessoas usuárias do sistema.

Pensando na melhoria da comunicação entre os profissionais e na produção compartilhada da nova concepção de cuidado, a pesquisa foi pautada na díade humana da teoria do neurobiólogo Humberto Maturana (2014) sobre a linguagem e a emoção na construção da conversa. Para Maturana (2014), é através do espaço de diálogo que nos desenvolvemos como humanos, porque a linguagem nos diferencia e nos aproxima do outros, em um entrelaçamento do racional e emocional.

Neste sentido, buscamos dialogar com a equipe multidisciplinar que realiza o atendimento ambulatorial na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, a fim de identificar o conhecimento e a prática dos profissionais sobre os direitos dos usuários da saúde.

É importante ressaltar que a formação dos profissionais que integram a equipe de saúde deve estar em consonância com os caminhos das novas estratégias e políticas, que dispõem sobre o processo evolutivo do ser humano como um todo, propiciando uma maior adesão e integração desses profissionais nos programas de desenvolvimento dentro das instituições. Através destes processos,

os hospitais e setores de saúde poderão obter resultados com uma assistência de qualidade, otimização de recursos financeiros e aceitabilidade do usuário (BRASIL, 2005a).

O desenvolvimento educacional dos profissionais nas instituições como um processo contínuo e sistemático de aprendizagem buscou, no decorrer dos anos, uma maior integração das equipes e ações voltadas ao ensino por meio da reflexão do cotidiano. É possível observar os avanços desses trabalhadores através da transmissão dos conhecimentos e habilidades que propiciaram ações voltadas aos usuários e a outros profissionais (BRASIL, 2005a).

Assim, a implantação da Educação Permanente em Saúde veio contribuir para a formação dos profissionais atuantes, ao mesmo tempo em que visa o desenvolvimento pessoal e o desenvolvimento das instituições. Além disso, a medida reforça a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços e o trabalho da atenção à saúde (BRASIL, 2005a).

Apontamos a interdisciplinaridade como alternativa para as ações integradas na saúde, que é fundamentalmente um processo e uma filosofia de trabalho que entra em ação na hora do enfrentamento de problemas e questões como uma prática integrativa das múltiplas disciplinas, a fim de atingir um objetivo comum (TORRES, 1998).

No campo da saúde coletiva, a interdisciplinaridade coloca-se como uma alternativa viável, porque seu objeto de trabalho envolve concomitantemente: as relações sociais, as expressões emocionais e afetivas e a biologia, trazendo - por meio da saúde e da doença - as condições e razões sócio-históricas e sócio-culturais dos indivíduos e dos grupos (MINAYO, 1991).

A educação é universal e é uma atividade humana necessária para a existência, evolução e funcionamento social. Ao usarmos a educação permanente para melhorarmos a formação profissional, fortalecermos o SUS, possibilitando, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na saúde e o desenvolvimento das instituições. Desse modo, a nossa proposta na pesquisa consiste, ainda, em um reforço para pensarmos uma atuação interdisciplinar.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Incentivar os profissionais à prática integrativa das ações, à troca de conhecimentos e informações no que se refere aos direitos dos usuários da saúde.

1.1.2 Objetivos específicos

1. Criar um espaço coletivo de diálogo como instrumento de estímulo à mudança do conhecimento e da prática profissional sobre os direitos da pessoa usuária da saúde, no ambiente do ambulatório da Maternidade Escola da UFRJ.
2. Desenvolver um projeto aplicativo para divulgar a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde no ambulatório da Maternidade Escola da UFRJ.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O Humano: Razão e Emoção

Habitualmente, pensamos no humano como um ser racional e frequentemente consideramos que, o que nos distingue dos outros animais é a capacidade de raciocinar, segundo o neurobiólogo Maturana (2014) ao apontarmos a razão como a grande característica humana, reduz-se a um segundo plano a emoção, que fica rebaixada como algo animal ou algo que nega o racional. Ao autodeclararmos como seres racionais, reforçamos a cultura de desvalorização das emoções, não observamos o entrelaçamento cotidiano da razão e emoção que constitui nosso viver, não nos damos conta de que todo sistema racional tem um fundamento emocional. As emoções não são, portanto, o que correntemente chamamos de sentimentos.

Maturana (1996, p.15) descreve que:

Do ponto de vista biológico, o que conotamos quando falamos de emoções são disposições corporais dinâmicas que definem os diferentes domínios de ação em que nos movemos. Quando mudamos de emoção, mudamos de domínio de ação. Na verdade, todos sabemos isso na práxis da vida cotidiana, mas o negamos porque insistimos que o que define nossas condutas como humanas é elas serem racionais.

Maturana (2014) acredita que o humano se constitui a partir da história dos primatas bípedes, com a origem na linguagem, que entrelaça o racional com o emocional. O amor é definido como a emoção que constitui o espaço de ações, em que aceitamos o outro na proximidade da convivência:

Quando falo de amor, não falo de um sentimento, nem falo de bondade, nem recomendo generosidade. Quando falo de amor, falo de um fenômeno biológico, falo da emoção que especifica o domínio de ações no qual os seres vivos coordenam suas ações de uma forma tal que acarreta a aceitação mútua, e afirmo que tal operação constitui os fenômenos sociais (MATURANA, 2014, p. 358).

A socialização na vida cotidiana dos humanos e dá, portanto, através das ações e interações emocionais e racionais em aceitação mútua. Para Maturana (2011), o ser humano não é independente do meio em que vive, mas viabiliza sua existência em um processo de relação, de interação com outras formas de

existências. Consequentemente, relacionar-se é uma das condições para a sobrevivência humana, para a manutenção do convívio com os outros indivíduos e com o meio.

2.1.1 O humano social: Linguagem e as relações humanas

Os seres humanos, segundo Maturana (2014), são sistemas viventes, unem emoções e linguagem, o humano é, então, um sistema dinâmico e sua estrutura está constantemente mudando, o que, por sua vez, implica constante variação nos domínios estruturais.

As mudanças requerem alterações em nosso sistema nervoso central, que são possíveis através da modificação em nossa linguagem, emoções e corporalidade; mudar nosso sistema nervoso significa “transformar-nos num observador diferente”, capaz de ver diferentes maneiras de participar no mundo e tomar ações efetivas (MATURANA, 2014).

A díade humana linguagem e emoção é:

A linguagem, como fenômeno biológico, consiste num fluir de interações recorrentes que constituem um sistema de coordenações consensuais de conduta. A lógica do raciocinar pertence ao âmbito das coerências operacionais das coordenações consensuais de conduta que constituem a linguagem e se fundamenta, em última análise, nas coerências operacionais do viver (MATURANA, 2014, p.200).

Emoções são disposições corporais que especificam a cada instante o domínio de ações em que se encontra um animal, e que o emocionar, como o fluir de uma emoção a outra, é o fluir de um domínio de ações a outro assim todas as ações humanas, independentemente do espaço operacional em que se dão, se fundam no emocional porque ocorrem no espaço de ações especificado por uma emoção. O raciocinar também, de modo que todo sistema racional tem fundamento emocional (MATURANA, 2014, p. 203).

A linguagem é, portanto, um sistema organizado de símbolos que serve como meio de comunicação para compartilharmos as nossas experiências. Ao falarmos de comunicação, fazemos referência à capacidade humana de expressar sentimentos, ideias, conceitos, bem como evoluir como um ser interativo que ensina e aprende em contato com o outro (MATURANA, 2014).

A comunicação é o fundamento que determina, em grande medida, o grau de desenvolvimento de uma comunidade. Maturana (1996) reconhece que o racional é importante na vivência humana, mas que a primeira providência a ser tomada seria aceitar que, entrelaçado ao racional, está sempre presente o emocional. Nesse sentido, pode-se afirmar que cada palavra, cada imagem, cada gesto que provoque ação ou reação interativas se configura em comunicação.

Para Sacramento e Ferreira (2004) estamos imersos em um processo cotidiano de múltiplas possibilidades comunicativas e somos, portanto, feitos de comunicação, já Maia (2005, p. 121) descreve que:

Para uma melhor compreensão dessa rede de base, é preciso ter em mente, que na verdade, os códigos linguísticos, suas combinações, são uma pequena parcela de uma gama infinita de sensações percepções que passaram por um processo semiótico. Cada cultura, diante das adversidades e exigências da vida, descobrirá modos, os mais variados para estar no mundo. Contudo, nessa operação de recortes, a linguagem, para se constituir como tal, precisa promover uma clivagem 'na massa amorfa de sentidos.

Para Maturana (1996), quando as emoções são modificadas, as ações decorrentes delas também se alteram para um mesmo estímulo; dependendo do estado emocional do indivíduo, haverá a manifestação de uma ação diferente. Corroborando com o pensamento de Maturana (1996) Merquior (2009, p.292-293) explica que:

O eixo do pensamento de Maturana ancora-se na compreensão que só a coexistência pode humanizar, trilhando os caminhos do raciocinar e do linguajar. Contudo, Maturana insiste que todo o pensar e todo o conversar se iniciam com o emocionar. A experiência que nos afeta e aquela que precisa ser compartilhada, enquanto possibilidade de continuar fazendo parte do jogo da realidade. Portanto compartilhar é viver. E o seu inverso também é verdadeiro: Não compartilhar é morrer (MERQUIOR, 2009, p.292).

Somos humanos porque buscamos transmitir nossas emoções a outros seres, pois não vivemos, e nem mesmo sobrevivemos, sem os outros. Não existimos sozinhos ou quando somos sozinhos não existimos e não amamos, somos invisíveis. O que garante a existência de cada ser é ter como compartilhar emoções, deixando-as fluir em suas conversas (MERQUIOR, 2009, p.293).

As palavras não são simplesmente coisas que passam daqui para ali, têm um significado de ação, que é tão evidente que é invisível para nós. Somente quando, em nossa vida cotidiana, essa conexão fracassa em alguma dimensão, refletimos e nos damos conta de como nossas coordenações comportamentais no mundo e a

comunicação são inseparáveis da nossa experiência de vida (SACRAMENTO; FERREIRA, 2004).

A vida humana é vivida no fluxo emocional que constitui, a cada instante, o cenário básico que rege nossas ações. Além disso, nossas emoções determinam a cada momento o que fazemos ou deixamos de fazer (MATURANA, 1996).

Cada indivíduo é um observador diferente, que percebe mundos distintos. Não existe um só mundo, mas tantos quantos são os observadores, portanto, de acordo com Maturana (1996), o que existe é um “multiverso” e não um “universo”.

Ao aceitar a noção do observador e o conceito de que existem percepções diferentes, é preciso, inicialmente, examinar os três domínios primários que constituem o observador: a corporalidade, a emocionalidade e a linguagem. De acordo com as diferenças encontradas neles, serão constituídos observadores distintos.

A comunicação é o elemento instituidor do sujeito e do conhecimento. Essa comunicação pode ser expressa de várias formas, pela linguagem verbal, ou seja, as palavras faladas ou escritas e pela linguagem não verbal, expressa em gestos, desenhos, músicas, pinturas, mímicas etc. A linguagem é um fator primordial na construção social, portanto, esse tema será um pouco mais aprofundado adiante.

2.1.2 A linguagem verbal, não verbal e a conversa

A estrutura biológica humana o determina em primeira instância, bem como o diferencia de outras espécies de animais e distingue um humano do outro. O corpo é modo e meio de integração do indivíduo à realidade do mundo, sendo carregado de significação, veículo e meio de linguagem. O indivíduo aprende a fazer uso das expressões corporais de acordo com sua cultura e com seu ambiente, assim todo movimento do corpo tem um significado de acordo com o contexto (SACRAMENTO; FERREIRA, 2004).

A comunicação verbal é aquela associada às palavras expressas por meio da linguagem escrita ou falada. A fala é considerada defeituosa quando a comunicação não é efetiva, seja porque a maneira de falar distrai a atenção do que é dito, seja

pelo constrangimento do emissor diante de sua própria dificuldade de falar (SILVA, 2005).

A comunicação não-verbal implica na interação humana, imprimindo emoções, e um contexto que permite ao indivíduo perceber e compreender não apenas o que significam as palavras, mas também o que o emissor da mensagem sente. A qualificação da linguagem verbal é dada pelo tom de voz e jeito com que palavras são ditas, por olhares e expressões faciais, por gestos que acompanham o discurso, pela postura corporal, pelo tamanho da distância física que as pessoas mantêm umas das outras e até mesmo por suas roupas, acessórios e características físicas. Mesmo o silêncio, em determinado contexto, é significativo e pode transmitir inúmeras mensagens (ARAÚJO; SILVA; PUGGINA, 2007).

O princípio básico da linguagem é que o indivíduo participa simultaneamente de duas dimensões existenciais decorrentes de dois modos de se relacionar com o mundo: uma verbal que lhe confere um estatuto psicolinguístico e outra não verbal que lhe confere um estatuto psicobiológico. Na comunicação verbal tem-se um processo de exteriorização do ser social, ao passo que na comunicação não verbal, observa-se um processo de exteriorização do ser psicológico (SAMPAIO, 1991).

A comunicação não-verbal exerce fascínio sobre a humanidade desde seus primórdios, pois envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras, como os gestos, expressões faciais, orientações do corpo, as posturas, a relação de distância entre os indivíduos e, ainda, organização dos objetos no espaço. Pode ser observada na pintura, literatura, escultura, entre outras formas de expressão humana. Está presente no nosso dia-a-dia, mas, muitas vezes, não temos consciência de sua ocorrência e, nem mesmo, de como acontece. (CORRAZE, 1982).

O significado dos movimentos do indivíduo no mundo em que está inserido vão ao encontro do seu emocional, do modo como este indivíduo se vê no mundo, dentro do seu espaço de relacionamento com o grupo social. Existe uma troca de emoções do indivíduo com o grupo social em que vive, efetivando, ou não, o compartilhamento de informações.

O feto está em comunicação direta com a mãe, de acordo com Maturana (2014):

Desde a sua concepção, o menino ou a menina vive imerso no linguajar e no emocionar da mãe e dos outros adultos ou crianças que formam o ambiente de convivência da mãe durante sua gravidez e depois do nascimento do bebê. O resultado é que como embrião, feto, criança ou adulto o ser humano adquire seu emocionar no seu viver congruente com o emocionar dos outros seres, humanos ou não, com quem vive (MATURANA, 2014, p. 205).

Linguajar e emocionar se entrelaçam numa modulação mútua como simples resultado da convivência com os outros num curso contingente com sua vida (MATURANA, 2014, p. 206).

A esse fluir entrelaçado de linguajar e emocionar eu chamo de *conversar*, e chamo *conversa*ção o fluir, no conversar, em uma rede particular de linguajar e emocionar (MATURANA, 2014, p. 206).

Nas palavras de Brazeltone e Cramer (1992, p.71):

Logo após o nascimento, os bebês sincronizam seus movimentos segundo o ritmo da voz da mãe. Eis um exemplo do grande poder de adaptação mútua na primeira infância. Os movimentos do bebê combinam-se com os da mãe, que, por seu lado, adapta sua fala aos movimentos da criança. Os pais descobrem qual a altura e o ritmo de som que cativa seu bebê, que inicia uma espécie de dança ao som da voz dos pais.

Ainda segundo Mendes e Cardoso (2009, p. 66):

A criança nasce, portanto, em um meio linguístico, com uma forte atração pelos estímulos relevantes, e com a capacidade de discriminar vozes. Nesse meio, outros indivíduos não só constantemente conversam entre si, mas também têm predisposições para se comunicar com ela de uma forma diferenciada. Em resumo, a criança nasce pronta para se desenvolver em um meio linguístico e socialmente rico.

Nessa perspectiva, considera-se a existência de um conjunto de predisposições genéticas ou capacidades biológicas do humano para estímulos específicos da voz humana, que estão presentes no nascimento (SEIDL-DE MOURA, *et al.*, 2004).

Essas predisposições, no entanto, agem em interação com os estímulos aos quais o bebê é exposto no seu ambiente primário. É por meio das interações sociais que essa exposição aos estímulos linguísticos se dá. Não há, assim, sentido na separação entre biologia e cultura (SEIDL DE MOURA, *et al.*, 2004). Essa fala denominada “*manhês*” ou “*motherese*”, ou “*childdirected speech*” (em português “fala dirigida à criança”) presente no relacionamento da díade mãe e bebê tem entonação própria, é simplificada, trata de aspectos do ambiente familiar ao bebê e faz referência frequente ao sentido atribuído a suas ações (SEIDL DE MOURA, *et al.*, 2004).

O desenvolvimento da linguagem é ainda mais impressionante quando consideramos a natureza do que é aprendido. Pode parecer que as crianças precisem apenas lembrar-se do que ouviram e repetir em algum momento posterior, mas, segundo Chomsky (2003), essa não é a essência da aprendizagem da linguagem. A comunicação verbal requer produtividade, isto é, a capacidade de criar um número infinito de enunciados que nunca ouvimos antes. Assim, essa inesgotável capacidade de inovar exige que alguns aspectos do conhecimento linguístico sejam abstratos (CHOMSKY, 2003).

A linguagem constitui operações no domínio da nossa existência como seres vivos, em contínuo conversar, atravessados a todo instante pela emoção. Maturana (2004) chama de conversação o fluir do conversar, em uma rede particular, e coloca também que o conhecimento e a aprendizagem está implicado na linguagem. “Fica claro que estamos imersos num viver que ocorre na linguagem, na experiência de sermos observadores da linguagem. E insisto neste último ponto, porque se não estamos na linguagem não há reflexão, não há discurso, não dizemos nada, simplesmente somos sem sê-lo, até refletirmos sobre o ser” (MATURANA, 1996, p.38).

Darmo-nos conta de que nós, seres humanos, existimos como tais no entrelaçamento de muitas conversações em muitos domínios operacionais distintos, que configuram muitos domínios de realidades diferentes, são particularmente significativos, porque nos permite recuperar o emocional como um âmbito fundamental de nosso ser seres humano. No conversar surge também o racional como o modo de estar no fluir das coerências operacionais de coordenações consensuais de conduta da linguagem (MATURANA, 2014, p. 180),

A linguagem, portanto, é um fenômeno que surge no entrelaçamento do emocionar e do agir, onde ambos modulam-se no decorrer de coordenações consensuais de ações. Ao obter tal explicação sobre a linguagem, Maturana (2002) conclui que ela não surge como produto da apreensão que fez ou faz algum indivíduo sobre algo do mundo externo, mas, ao contrário, a linguagem surge como um fenômeno que acontece nas relações entre os indivíduos. Ao mesmo tempo, entende-se que o surgimento da linguagem permite o aparecimento da autoconsciência humana, também, constata que a consciência e o processo mental pertencem ao domínio do acoplamento social e linguístico, portanto, a linguagem

acontece na biologia da nossa corporalidade e das nossas relações (MATURANA, 2002, p. 257).

A linguagem, desde o princípio tem sua importância na construção social. Comunicar-se implica buscar compreensão e entendimento com o outro, é, portanto, contato; uma ligação, transmissão de sentimentos e de ideias.

2.1.3 Grupos sociais, institucionais e espaços relacionais

Na evolução histórica da humanidade, o humano se afirma e se distingue a partir da comunicação, que só foi possível pela transformação do modo de vida dos homínídeos, que se dá de forma particular. Ao viver em grupo, o humano passou a colaborar mutuamente, criando ambientes propícios e integrados; ao dar início às divisões tarefas dentro do grupo passou a compartilhar alimentos, habitação, cuidados e criação da prole nas ações voltadas a preservação e proteção da espécie, surgem, então, os espaços relacionais ou sistemas sociais (MATURANA, 2014, p. 209).

Os sistemas sociais podem ter configurações diversas de acordo com os indivíduos que o compõem, na realização da rede de interações específicas daquela sociedade. As condutas dos membros de cada sociedade são adequadas àquela sociedade e a definem como tal. Caso a conduta de seus membros se modifique, o sistema social se altera, podendo até deixar de existir (MATURANA, 2014).

A realização das propriedades individuais dos membros da sociedade, mantendo a organização individual e a conduta adequada, irá compor a sociedade, isto é, a realização da propriedade individual de cada ser vivo constitui o sistema social. Como a característica e realização de cada ser vivo estão determinadas por suas estruturas e as estruturas podem mudar continuamente, todo sistema social está sujeito às mudanças pela mudança ou morte de seus membros, alterando suas propriedades. Portanto, os sistemas sociais não são estáticos, são dinâmicos, ao que também Maturana (1996) denominou como os sistemas autopoieticos.

Somos indivíduos que compartilham a existência com outros semelhantes, portanto, somos seres individuais e sociais. O primeiro grupo social a que pertencemos é a família e, posteriormente, somos inseridos gradativamente nos

demais grupos sociais. O ser humano precisa de segurança e cuidados desde que nasce e a família é o grupo social inicialmente responsável por tais tarefas. Em sua organização, o grupo social estrutura-se por meio de papéis e funções que determinam o comportamento que cada indivíduo terá nesse grupo.

A vivência destes papéis básicos dará ao indivíduo a noção de pertencimento, compromisso e de identidade, que será necessária para o seu desenvolvimento dentro e fora da família. Além disso, a transmissão e legitimidade desses papéis, dentro das regras sociais, viabilizam o importante processo de socialização.

Para Maturana (2014) a mudança estrutural ocorre em contínua relação com a atividade interna e com o meio que também está em contínua mudança, em uma harmonia do ser vivo com o meio. “Isso ocorre tanto na história individual de cada ser vivo, quanto ao longo das linhagens que esses produzem como resultado de sua reprodução sequencial”. Assim, o que observamos no ser vivo naquele momento é o resultado de sua história a partir de sua origem, que traz toda a história da sua linhagem, em suas interações com o meio.

Segundo o pensamento de Maturana (2014), conhecer e viver são sinônimos, a noção de viver-conhecer está diretamente vinculada ao modo de se relacionar e de se organizar nessa relação. Não se trata de adaptação ao meio, pois o viver-conhecer na relação significa, ao mesmo tempo, a criação/recriação desse espaço relacional - e de outros - e a criação/recriação do sistema em relação. É possível incluir, em algum momento, a adaptação, mas vai além dela.

Nessa relação criativa, meio-sistema, é que emerge o social, que é entendido como domínio de condutas relacionais fundadas na emoção originária da vida. No nosso cotidiano, pode-se dizer que são contraditórias as experiências individuais influenciando nas relações sociais e vice-versa.

Maturana (2014, p. 241) traz algumas considerações sobre as sociedades humanas, em que afirma o seguinte:

Os membros de uma sociedade humana qualquer realizam essa sociedade com sua conduta, e como ela continuamente seleciona em seus membros, antigos e novos, essas mesmas condutas. Assim, por exemplo, em um clube, as condutas de seus membros definem o clube, eliminando dele todos aqueles que não têm as condutas apropriadas, e confirmando como membros todos aqueles que as têm, em circunstâncias que são condutas apropriadas aquelas com as quais eles mesmos, os membros do clube, definem o clube. O mesmo ocorre na família, nas comunidades religiosas... Enfim, em qualquer sociedade humana.

O humano é capaz de pertencer a muitos sistemas sociais simultaneamente, basta ter condutas compatíveis em cada um deles, convivendo de forma concomitante na família, na comunidade religiosa, na escola, em um clube, em um bairro e em uma nação. No conceito de Maturana (2014, p. 242), “Podemos realizar as distintas condutas próprias dos diferentes sistemas, não o envolvendo em nossas vidas, não seremos seus membros, estaremos imersos em suas tramas de conduta até sermos descobertos e expulsos como hipócritas ou parasitas”.

No intuito de ampliar o conceito de sociedade, é possível observar o pensamento Marxista, cujo foco está nas classes sociais, embora a questão do indivíduo também esteja presente. Isso fica claro quando Karl Marx (In BOTTMORE, 2012), afirma que os seres humanos constroem sua história, mas não da maneira que querem, pois existem situações anteriores que condicionam o modo como ocorre sua construção. Para ele, existem condicionantes estruturais que levam o indivíduo, os grupos e as classes para determinados caminhos, mas todos têm capacidade de reagir a esses condicionamentos e até mesmo de transformá-los (BOTTMORE, 2012).

Para Marx Weber (In BOTTMORE, 2012), a sociedade, sendo heterogênea, é constituída por classes sociais que se mantêm por meio de ideologias das que possuem o controle dos meios de produção, ou seja, as elites. Numa sociedade capitalista, o acúmulo de bens materiais é valorizado, enquanto o bem-estar coletivo é secundário (BOTTMORE, 2012).

Ampliando um pouco mais o conceito, acrescenta-se o pensamento do filósofo Max Weber (In BOTTMORE, 2012), que não tem uma teoria geral da sociedade concebida, mas dedicou-se mais ao estudo das situações sociais concretas quanto a suas singularidades, além da ação social, que é a expressão do comportamento externo do indivíduo, como também o conceito de poder. A sociedade, para Max Weber constitui um sistema de poder, que perpassa todos os níveis da sociedade, desde as relações de classe a governados e governantes, como nas relações cotidianas na família ou na empresa. O poder não decorre somente da riqueza e do prestígio, mas também de outras fontes, tais como: a tradição, o carisma ou o conhecimento técnico-racional. O poder por meio da dominação tradicional dá-se através do costume, quando já está naturalizado em uma cultura e, portanto, legitimado (BOTTMORE, 2012).

Embora tenham construído teorias bem diversas, Maturana, Marx e Weber têm um ponto em comum: a existência da sociedade através das relações humanas, os espaços de convivência através dos núcleos sociais a que pertencemos. Nestes espaços de relacionamento, existe o poder da hierarquia, constituindo os espaços institucionais, onde a convivência acontece de forma organizada por seus membros; todas as instituições sociais têm propósito e estrutura. O propósito é o elemento agregador, enquanto que a estrutura é o elemento organizador, possibilitador da convivência social.

As instituições sociais são também espaços de convivência social. Entender estes espaços é de grande importância para compreendermos sobre a organização das sociedades. Seus conceitos fundamentam bastante o entendimento histórico, filosófico e sociológico dos grupos sociais, auxiliando, assim, a termos um conhecimento mais complexo sobre a realidade em que vivemos. As instituições sociais são estruturas presentes nas sociedades e detêm características próprias, como a exterioridade, objetividade, coercibilidade, autoridade moral e historicidade, ou seja, não dependem da vontade do indivíduo e são muito bem definidas, influenciam os comportamentos e atitudes sociais, são normativas e, principalmente, são ligadas às conjunturas históricas de determinada sociedade (LAKATOS; MARCONI, 2010).

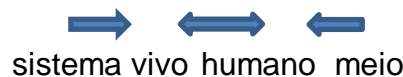
A instituição social é uma estrutura relativamente permanente e marcada por padrões de comportamentos delimitados por normas e valores específicos, sendo marcadas por finalidades próprias, além de uma estrutura unificada (LAKATOS, MARCONI, 2010). As instituições podem ser de origem espontânea (família) ou criada (religião). Existem basicamente dois tipos de instituições sociais, quanto a sua forma de atuação:

1. Regulativas
2. Operativas

As instituições regulativas, como sugere o nome, têm a regulação como característica de atuação; aqui se enquadra a família, a escola e a religião. As instituições operativas, por sua vez, caracterizam-se pela atuação operativa, como, por exemplo, os órgãos públicos de operação, as instituições econômicas, as instituições de saúde, etc (LAKATOS; MARCONI, 2010).

A convivência se dá no espaço das relações humanas, é lugar de criação e recriação da vida, assim se constitui como sociedade. O viver e conhecer, na convivência, é uma constante atualização do sistema social, decorrendo daí a possibilidade de pensar no processo educativo, como a construção da autonomia do indivíduo (MATURANA, 1993).

Por isso, “toda história individual humana é a transformação de uma estrutura inicial hominídea fundadora, de maneira contingente com uma história particular de interações que se dá constitutivamente” (MATURANA, 1996, p. 28). Por considerar o humano autônomo nas relações, Maturana (1996) remete à noção de educação como vivência das relações dos indivíduos. O ser humano se completa na tríade:



As interações entre os indivíduos produzem a sociedade que, por sua vez, sustenta a cultura, que volta para os indivíduos.

De acordo como sociólogo e antropólogo Morin (2011 p. 49) “A sociedade vive para indivíduo, o qual vive para sociedade; a sociedade e o indivíduo vivem para a espécie, que vive para o indivíduo e para a sociedade”.

Segundo Morin (2011, p. 51),

A cultura mantém a identidade humana como também mantém as identidades sociais. As culturas são aparentemente fechadas em si mesmas para salvaguardar sua identidade singular. Mas na realidade são também abertas: integram nelas não somente os saberes e as técnicas, mas também as ideias, os costumes, os alimentos, os indivíduos vindos de fora. As assimilações de uma cultura a outra são enriquecedoras.

Nesse sentido, é possível entender que o ser humano é fruto da vida natural e da cultura, ele encontra uma forma de construir o aprendizado, ou seja, a educação.

Para Maturana (2014), os espaços educativos constituem-se em fenômenos sociais que manifestam com fundamento as emoções, os pensamentos, os conceitos e os objetivos dos grupos sociais, em um processo histórico e relacional. Este agir humano nas relações é cooperativo para a educação que resgata as distintas dimensões do ser humano em sua cultura.

2.1.4 O humano aprendiz no seu ambiente

Antes de definir-se como um membro da sociedade, o indivíduo constrói a sua identidade sobre os valores da sua família, mesmo sem saber que, de uma forma geral, esses valores são impostos pela sociedade. As formas de organização familiar estão ligadas às questões relacionadas a sobrevivência coletiva e reprodução biológica.

Os valores familiares estão em constantes transformações, como todas as sociedades. Contudo, a ideia de família é configurada como um eixo permanente na natureza social do homem está ligado à regulamentação dos parentescos, da procriação, das relações sexuais e das transmissões dos componentes inter-relacionais básicos da sociedade. A instituição familiar é a primeira forma de socialização, criada pelas culturas humanas. Em todas as sociedades, a ideia da relação familiar com sua ampla diversidade é um aspecto cristalizado na mentalidade dos indivíduos.

Nesse sentido, conceituamos como aprendizado as várias formas de ensinar e aprender; o desenvolvimento do indivíduo está ligado ao desenvolvimento da própria sociedade, que é constituída pelos seres humanos adultos e crianças. Considerando essa perspectiva, os seres humanos não se desenvolvem de forma natural e espontânea, mas através do aprendizado transmitido, constituído como um bem cultural. O aprendizado, portanto, pode ser compreendido também como processo da constituição humana que produz sentidos e cria significados de ser e estar no mundo. Segundo Brandão (2002, p.7):

Ninguém escapa do aprendizado. Em casa, na rua, na igreja ou na escola, de um modo ou de muitos todos nós envolvemos pedaços da vida com ela: para aprender, para ensinar, para aprender-e-ensinar. Para saber, para fazer, para ser ou para conviver, todos os dias misturamos a vida com a educação.

Pode-se dizer que a educação é um processo contínuo que submete à aprendizagem da constituição humana. Segundo Charlot (2000, p. 53),

Aprender para construir-se, em um triplo processo de 'hominização' (tornar-se homem) de singularização (tornar-se um exemplo único de homem), de socialização (tornar-se membro de uma comunidade, partilhando seus valores e ocupando um lugar nela). Aprender para viver com outros homens com quem o mundo é partilhado. Aprender para apropriar-se do mundo, de uma parte desse mundo, e para participar de um mundo pré-existente.

O sociólogo Pierre Bourdieu (1983) estabelece enlaces interessantes entre sociedade, aprendizado e família, através dos conceitos de *habitus* e de estratégia. O aprendizado por meio do diálogo é concretizado como sinônimo de sociabilidade que os agentes implementam diante das várias instituições sociais, inclusive a família.

Caracterizamos a família como fonte primária do aprendizado humano, que atua também como facilitadora na socialização do indivíduo e transmissora da cultura social. O aprendizado é um processo dinâmico e contínuo que ocorre durante toda a vida do indivíduo, desde o nascimento até a mais avançada velhice. Normalmente, uma criança deve aprender a andar e a falar; depois a ler e escrever - aprendizagens básicas para atingir a cidadania e a participação ativa na sociedade.

Já os adultos, por sua vez, precisam aprender habilidades ligadas a algum tipo de trabalho que lhes forneça a satisfação das suas necessidades básicas, algo que lhes garanta o sustento. Este aprendizado é transmitido de forma cotidiana, através das múltiplas formas de linguagem (BOURDIEU, 1983).

O aprendizado ou a educação assume o papel de ser uma das mais importantes instituições sociais, uma vez que está ligada ao processo de transmissão dos valores, das normas, dos símbolos e das crenças produzidas ao longo do tempo, pelas culturas humanas. O aprendizado é o meio em que a sociedade transforma o indivíduo em um cidadão, dotado dos direitos e deveres impostos pelo sistema social. Além disso, tem função de transmitir os conhecimentos produzidos pelo homem e objetivo de profissionalização, socialização e desenvolvimento pleno da cidadania e cumprimento de papéis sociais.

Aprender faz parte do cotidiano humano, temos uma relação de aprendizado por toda vida, uma interação entre as pessoas com o mundo que as cerca, ou seja, do humano com o ambiente. Segundo Piaget (2017), ensinar seria estimular a estruturação de formas de ação (motora, verbal e mental) cada vez mais móveis, mais amplas e mais estáveis, com a finalidade de extensão progressiva do organismo. A meta da transmissão da educação é a “abertura para todos os possíveis”.

A educação é um fenômeno social e universal, sendo uma atividade humana necessária à existência e ao funcionamento de toda a sociedade, focaliza a formação de seus indivíduos, auxiliando-os no desenvolvimento de suas

capacidades físicas e espirituais e preparando-os para a participação ativa e transformadora nas várias instâncias da vida social (MORIN, 2011).

As ações educativas estão baseadas na conscientização do indivíduo, que se dá formal ou informalmente, como meio de crescimento pessoal e profissional, reconhecendo ser um processo de transformação do meio.

Acrescentamos que esta transmissão de conhecimentos se dá através da linguagem, como afirma Maturana (2002, p.37):

Não podemos deixar de notar que os seres humanos somos o que somos ao sermos seres humanos. Quer dizer, somos conhecedores ou observadores no observar, e ao ser o que somos, o somos na linguagem. Ou seja, não podemos deixar de notar que os seres humanos somos humanos na linguagem, e ao sê-lo, o somos fazendo reflexões sobre o que nos acontece.

Torna-se essencial nas relações humanas a reinvenção do ser humano no aprendizado e a educação é uma forma de intervenção no mundo. O pedagogo Freire (2016) nos faz refletir sobre a relação professor-aluno como um encontro dialógico, em que cada par desta relação tem sua função-tanto de ensinar como de aprender - num processo de permuta do saber (seu compartilhamento), onde o professor fala com os alunos e não para os alunos, mesmo que, assimetricamente, porque ele é professor de profissão e conseqüentemente, um profissional da educação, capaz de compartilhar didaticamente o saber com o aluno. Essa relação, embora assimétrica, quando estabelecida pelo diálogo, possibilita o aprendizado próprio do sujeito, que passa a ser o último o produtor ativo de seu próprio conhecimento, buscando a autonomia com o conhecer.

Mesmo que sublinhe a importância da linguagem, sabemos que vivemos tempos de transformações em todos os âmbitos das relações do humano no planeta. Quando se questiona o papel da educação voltada predominantemente para um futuro competitivo, novas configurações familiares e crises éticas, é necessário refletir nosso viver na contemporaneidade, contemplando os aspectos relacionais, afetivos e criativos do humano em seu percurso existencial, a partir de uma efetiva aposta em novas perspectivas para a comunidade humana (MATURANA, VERDEN-ZÖLLER, 2011).

Na história evolutiva do humano, a aprendizagem está intrinsecamente relacionada com o emocionar e sintetiza a ideia de que é com as crianças que tecemos as novas redes de sustentação para a humanidade futura.

2.2 O humano e sua construção civilizatória: Paideia

O humano conserva a cultura através do aprendizado na sociedade, onde o saber é transmitido através dos tempos, sendo aperfeiçoado e transformado para evolução social e humana.

Na antiga sociedade grega, o cidadão era parte integrante de uma coletividade, no sentido de que o aprendizado não era propriedade de um ser individual, mas pertencia à comunidade. O valor de um homem estava nas qualidades que ele dividia com toda a humanidade.

A educação era, então, a tentativa da formação do homem de acordo com um ideal. Para os gregos esse ideal fundamental era a beleza, no sentido não apenas físico, mas essencialmente espiritual. O modo como era promovido à educação manifestava-se na totalidade do homem, desde a sua conduta e comportamento exterior até a sua atitude interior.

Inicialmente, os valores e ideais educacionais estavam reservados aos nobres. Segundo o historiador e filósofo alemão Werner Wilhelm Jaeger (2014) a nobreza configurou um modelo moral que os gregos designaram por Aretê a palavra fundamental da história da educação grega.

2.2.1 O processo histórico: Aretê e a Paideia Grega

É difícil traduzir Aretê; não existe designação única que transmita a totalidade de sentidos que o grego apresentava na sua origem, mas "como expansão do mais alto ideal cavaleiresco unido a uma conduta cortês e distinta ao heroísmo guerreiro" (JAEGER, 2014, p. 23), no sentido que lhe era dado, Aretê está ligada, sobretudo a excelência. Foi na Ilíada e na Odisseia que Aretê apareceu pela primeira vez, Homero deu-lhe um sentido mais amplo, não designou apenas excelência humana,

também definiu a superioridade de seres não humanos. Era associada, por exemplo, à força dos Deuses ou à coragem e rapidez dos cavalos de raça. A Aretê associada a uma força, a capacidade ou característica que era o fim supremo daquilo que define a saúde e o vigor eram a Aretê do corpo, as características supremas desejadas ao corpo, o seu objetivo último, a sagacidade e a penetração eram a Aretê do espírito. Assim, verifica-se que, originalmente, a palavra surge associada à perfeição (JAEGER, 2013).

Somente em um momento na Ilíada, Homero usa Aretê para designar as qualidades morais ou espirituais; na Odisseia, Aretê já é mais vezes utilizadas no sentido espiritual. De acordo com o pensamento da altura, Aretê designa a força e a destreza dos guerreiros ou lutadores e, acima de tudo, o heroísmo associado à força. É necessário compreender sob o seu significado, para além da força intrépida, as palavras têm, em Homero, um sentido ético mais geral, para além do seu sentido guerreiro, designam o nobre que na vida privada e na guerra se rege por normas estranhas às dos homens comuns (JAEGER, 2013).

A partir dos tempos heroicos de Homero, quando predomina o guerreiro, até à época de Péricles, em que sobressai o político, o desenvolvimento da educação grega tem como aspiração a excelência Areté. Mais tarde, esse ideal é completado pela excelência da beleza do corpo e da alma, bondade, sabedoria e justiça do indivíduo *Kalokagathia* (JAEGER, 2013).

Para além do ideal de beleza e sabedoria, o ideal grego de educação é o primeiro que aparece na história de maneira consciente e caracteriza-se, em geral, almejando a constituição da formação do homem político, o homem da pólis, do cidadão - tanto no aspecto civil como no aspecto bélico (JAEGER, 2013). Até tal momento, o problema educativo grego estava centrado no homem como ser individual e o objetivo fundamental da educação eram a formação do homem a Aretê a perfeição da beleza física e moral individual entendida até o momento como *kalokagathia*. A finalidade cívica da educação passa, então, a primeiro plano; é originariamente grega a ideia de que a educação é preparação para a cidadania (JAEGER, 2013).

O homem habitante da pólis só é o que é porque vive na cidade, mas, sem ela, não é nada e o que diz respeito à cidade é comum, afeta a todos enquanto comunidade; é afetada por cada um, enquanto cidadão ou membro dessa

comunidade. Aristóteles designa o homem como ser político e o diferencia do animal pela qualidade de cidadão, essa identificação da “*humanitas*” do ser-homem com o Estado é a estrutura vital de a antiga cultura da polis grega. Para Platão, a verdadeira educação é da formação geral, porque o sentido do político é o sentido do geral, o contraste entre o conhecimento geral necessário para os ofícios e a educação geral política (JAEGER, 2013).

No período Arcaico século VII e VI a.C., fase da formação das Cidades Estados, da escrita, da moeda, da lei e da vida urbana na pólis grega, a antiga cidade Estado Esparta é o primeiro estagio. A educação nobre caminhou para o ideal “humanista”, para uma educação ético-política-geral e humana (JAEGER, 2013).

A partir do final do século VI e do século V a.C., na Cidade-Estado de Atenas, a filosofia e a ciência começam a encontrar espaços propícios. A consciência da cidadania faz sentir a necessidade de uma nova educação. A antiga, elementar de ginástica e música, não serviam para a formação do cidadão, nem correspondiam às novas necessidades individuais, exigências sociais e políticas. Politicamente, a forma democrática de organização do Estado foi a forma de governo escolhida pela Cidade-Estado de Atenas (JAEGER, 2013).

No Estado democrático ateniense, os indivíduos exigiram - enquanto homens livres – a participação ativa na vida pública como dever cívico inalienável, além da participação nas assembleias, tornando indispensável à eloquência e retórica. Neste contexto, é possível compreender que tenha surgido uma nova estirpe de “educadores”, que se apresentam como professores, ofertando o ensino e recebendo pagamento, é a educação como profissão (JAEGER, 2013).

No século IV a.C., os sofistas converteram a educação em técnica e, com isso, foram capazes de transmitir e ensinar aos jovens a *technê* política, alcançando a Aretê política.

A corrente sofista e a relação da Paideia com homem adulto, segundo Jaeger (2013, p. 345) transformou a educação “Torna-se assim claro e natural o fato de os gregos, a partir do século IV a.c, quando este conceito encontrou a sua cristalização definitiva, terem dado o nome de a ideia a todas as formas e criações espirituais e ao tesouro completo da sua tradição”.

Desde o início, a finalidade educacional da corrente sofista não era a educação do povo, mas a dos governantes, chefes e nobres. O Estado não tinha um sistema equivalente de ensino, eram os sofistas que administravam a escola e a eles dirigiam-se todos aqueles que desejavam uma formação política. Para satisfazer às exigências da época, não bastava cumprir o ideal político de justiça, deveriam também criar as leis e assim, tornar-se-iam, um dia governantes do Estado (JAEGER, 2013).

No grego, o vocábulo Paideia é caracterizado por uma dupla referência, como substantivo de ação e como característica final de um processo verbal. No primeiro caso, pode-se encará-lo como processo educacional em evolução e, no segundo, como o saber. O vocábulo também apresenta uma conotação diferenciadora dos âmbitos mente e corpo, permitindo a diferenciação entre as concepções de Paideia-ginástica e Paideia musical-filosófica (JAEGER, 2013).

A ideia de educação grega representava o sentido de todo o esforço humano. O homem só é homem pela educação; a educação grega parece convergir na realização deste ideal: construir o homem como homem, ajudar o homem a descobrir a sua humanidade, permitir a cada homem ser Homem. A Paideia grega impõe-se, portanto, como um humanismo e Jaeger (2013, p. 339) acrescenta que "os gregos viram pela primeira vez que a educação tem de ser um processo de construção consciente" (JAEGER, 2013, p.339).

2.2.2 A proposta educacional

Como ocorre frequentemente com outras palavras derivadas do grego, Paiéia é mais que um vocábulo, é uma conceituação que nos permite traçar os momentos iniciais do pensamento educacional grego. Rastreado a palavra, iremos encontrá-la pela primeira vez em *Aischylos*, com o significado de "criação de crianças", com ênfase na alimentação. Em Aristófanos e Tucídites, a ênfase desloca-se para os aspectos práticos da instrução e da especialização (JAEGER, 2013).

O conceito de pedagogia, na filosofia grega, está baseada em uma ética presente na atividade educativa. No sentido empírico e prático, a Paideia é entendida como a formação da criança para a vida (JAEGER, 2013).

Protágoras foi um dos mais importantes filósofos da corrente sofística; nascido na cidade grega de Abdera, região da Trácia, posteriormente foi viver na cidade de Atenas e desenvolver sua proposta educacional ao lado dos filósofos sofistas. Seus estudos filosóficos estiveram centrados, sobretudo, na subjetividade do ser e no conceito do não-ser (JAEGER, 2013).

Segundo seus pensamentos baseados no ser, o homem é a medida de todas as coisas e, portanto, deve desenvolver seus pensamentos e opiniões. Para ele, medida significava juízo e as coisas são os fatos e as experiências das pessoas. Com essa máxima, Protágoras tinha por objetivo negar um critério absoluto para distinguir o ser do não ser. Se os homens são a medida de todas as coisas, por consequência, nenhuma medida pode ser a medida para todos os homens. As coisas, assim, vão ser definidas pelas pessoas que as definem; o que vale para determinada situação não vai valer para outras. As coisas serão conhecidas particularmente por cada indivíduo (JAEGER, 2013).

Nessa proposta, ensinavam-se também técnicas para tornar um argumento fraco em um argumento forte. Ele ensinava a aptidão de fazer sobressair um ponto de vista sobre outro contrário. Desse modo, os homens têm em si a faculdade de julgar com justiça, à função do sofista é fazer com que eles expressem essa capacidade. Assim, através de seu subjetivismo relativista e individualista, ele ensinou seus seguidores a construírem seu mundo e serem produtores de sua história e destino (JAEGER, 2013).

Na verdadeira Paideia, conscientemente procurada e dentro desta tradição que vem dos gregos, não se pode desprezar a importância dos sofistas na formação do ideal educativo de hoje (JAEGER, 2013).

Em matéria de educação, os gregos não só definem o modelo a ser seguido, como indicam a pedagogia a que deve ser seguida para todo o ocidente. Somos, então, forçosamente levados a concluir que uma genealogia das ideias filosófico-pedagógicas - com sentido e significado para a nossa realidade educativa atual - começa na Grécia, pois foi lá que o problema da educação como um todo foi pela primeira vez apresentado (JAEGER, 2013).

No âmbito ainda do Período Clássico, destaca-se a fase helenística, uma vez que a educação grega é alavancada em razão do desenvolvimento democrático nas cidades e da possibilidade do acesso à educação a todos os cidadãos gregos. O

período da história da compreendido entre a morte de Alexandre III da Macedônia, em 323 a.C., e a anexação da península grega e ilhas por Roma, em 147 a.C., é chamada de helenística/enciclopédica. Ficou conhecida como cultura alexandrina - em homenagem ao Imperador Alexandre, o grande processo educacional do período clássico grego, difundido na sociedade romana, ficando conhecido como cultura greco-romana. Esse fato é decorrente da herança dos fundamentos educacionais aos moldes da Paideia grega, aplicados pelos romanos a partir de então.

Enquanto, na pedagogia grega, existe uma valorização da visão filosófica sistematizada ou o predomínio da retórica, em Roma, a reflexão filosófica não merece atenção de maneira sistemática. Os romanos adotam uma postura mais pragmática, voltada para o cotidiano, para a ação política e não para a contemplação e teorização do mundo.

A pedagogia humanística de Roma está voltada para questões práticas e surge por volta do século I a.C, com Cícero, Sêneca e Quintiliano, com o propósito de desenvolver a concepção de império formado por vários povos, que não discrimina o vencido e ainda lhe confere o direito da cidadania romana, em troca do pagamento de impostos; a cultura é universalizada. Distingue-se, então, do conceito da Paideia Grega por tratar-se de uma cultura predominantemente humanística, sobretudo cosmopolita e universal, buscando aquilo que caracteriza o homem, em todos os tempos e lugares. A concepção não se restringe ao ideal de homem sábio, mas se estende à formação do homem virtuoso, como ser moral, político e literário.

Catão, 234-149 a.C., defende a tradição contra o início da influência helênica e o retorno às raízes romanas. Cícero, 106-43 a.C., ampliou o vocabulário latino, apoiado na experiência com o grego e na erudição, valorizou a fundamentação filosófica do discurso, o que o diferencia de seus conterrâneos, tornando-o um dos mais claros representantes da humanitas romana. Ele compreendia que a educação integral do orador requer cultura geral, formação jurídica, aprendizagem da argumentação filosófica, bem como o desenvolvimento de habilidades literárias. Com a desagregação do império romano, Varrão, 116-27 a.C., representa a transição pela qual os romanos terminam por aceitar a contribuição grega. Seu trabalho é prático; escreveu uma enciclopédia didática, em que discute o ensino de gramática e que serve de base para trabalhos posteriores. Além disso, compôs sátiras, que orientam o jovem na virtude, com máximas edificantes.

2.2.3 Paideia Cristã

A decadência da educação romana, dentre outras causas, deveu-se ao tipo de educação elitista e ao desprezo intelectual da grande massa constituidora do grande Império Romano, que levou a outros problemas enfraquecedores e corrosivos daquela sociedade e resume a decadência da educação e outros males que, conseqüentemente, causaram a ruína do Império romano no Ocidente.

No império do Oriente, a vida cultural e religiosa começa intensa, durante todo o período subsequente. Constantinopla era o local da efervescência intelectual, em que inúmeros copistas aperfeiçoaram cuidadosas técnicas de reprodução de obras clássicas. Lá cresceu a importância da educação cristã, inicialmente restrita ao âmbito doméstico e o cristianismo se expandiu e se tornou religião oficial. Surgiram os teólogos, que adaptaram os textos clássicos pagãos à verdade revelada.

Segundo Jaeger (2014), no século III d.C., Clemente de Alexandria e Orígenes, foram importantes figuras para sustentar uma religião positiva fundada na revelação divina, alheia às suas origens. O resultado foi uma teologia cristã que não pôde ocultar sua dívida com a erudição clássica.

Pregou-se uma nova Paideia que tem em Cristo seu ponto vital e, ao mesmo tempo, prepararam-se os andaimes de uma nova civilização, a “civilização cristã”. Esta tarefa é retomada pelos padres capadócijs na segunda metade do século IV d. C.. Todavia, não bastava agora afirmar o cristianismo como a Paideia verdadeira e única, nos termos de Clemente de Alexandria, mas foi preciso enfrentar o momento de restauração pagã da época, dentro da qual os valores da Paidéia grega foram convertidos em religião e artigos de fé (JAEGER, 2014).

As circunstâncias exigiram que o cristianismo, para defender a pretensão de verdade e universalidade, assumisse a liderança intelectual e que seus adeptos mais qualificados mostrassem o poder formador da doutrina de Cristo. São Basílio de Cesárea, São Gregório de Nissa, entre outros produziram obras de alto nível, para conquistar intelectualmente as elites espirituais do paganismo, em suas reações agressivas à nova fé (JAEGER, 2014).

O período antigo ou greco-romano da civilização terminou com a ruína do Império Romano, o qual cedeu aos golpes das invasões bárbaras; Roma caiu em 476 d.C. A Europa e a África Setentrional foram ocupadas pelos germanos

invasores, que, após haver derrubado as instituições antigas, eram incapazes de reconstruir a vida social, pois careciam de valores culturais correspondentes.

Quando desapareceu a figura do Imperador no Ocidente, a única autoridade capaz de tomar as rédeas da situação Europeia no séc. V e VII foi a autoridade eclesiástica. O Papa, os bispos e os monges se puseram a preservar a perda total dos valores da civilização greco-romana, utilizando-os na confecção de uma nova síntese cultural (JAEGER, 2014).

Houve um renascimento da cultura clássica, um neoclassicismo cristão, onde o cristianismo se declara herdeiro de tudo o que seja digno de sobreviver na tradição grega. No ocidente com Santo Agostinho, ou no oriente grego com a cultura dos padres capadóciolos, a sabedoria clássica, pela filosofia, se conjuga com a sabedoria da sinagoga e é posta a seu serviço. É neste contexto que se construiu uma literatura cristã, muitas vezes livremente alimentada na tradição grega. A Bíblia inspirada pelo Espírito Santo, interpretada em diversos níveis, ocupou, na educação cristã, o mesmo lugar que a filosofia na educação grega. Literatura paidêutica de primeira ordem oferece o paradigma pelo qual o crente deve moldar-se. Neste sentido, a formação do homem, a *morphosis*, ideia-chave na educação helênica, constituiu-se numa *metamorphosis*, uma radical mudança interior do homem caído, cada vez mais em conformidade com o modelo divino (JAEGER, 2014).

Neste processo de salvação, a crença em uma vida futura, onde o castigo é catarse da alma, fez-se indispensável, ainda que o próprio São Gregório não pensasse em punição eterna. Por trás da ideia de salvação individual, colocou-se um plano mais amplo de apocatástases, que leva a uma restauração final da obra divina originária (JAEGER, 2014).

Durante a Idade Média, entre os séculos V e XV, a Igreja Católica exerceu um forte controle sobre a produção científica e cultural. Essa ligação da cultura medieval com o catolicismo fez com que os temas religiosos predominassem nas artes plásticas, literatura, música e teatro (JAEGER, 2014).

Entre os séculos XIV e XV, houve uma valorização do racionalismo, os homens renascentistas passaram a criticar as teorias baseadas na fé e tentaram resgatar a cultura greco-romana que ficou esquecida durante a idade medieval.

2.2.4 Paideia Iluminista

É importante destacar as transformações histórico-sociais e intelectuais vivenciadas através dos séculos: no século XV, teve início o movimento literário e intelectual da Renascença; no século XVI, a reforma religiosa chegou ao seu apogeu; século XVII, a filosofia Cartesiana provocou revoluções na imagem do mundo; o século XVIII se auto intitulou o “século da filosofia”; o “século das luzes” justificou-se na medida em que devolveu definitivamente à filosofia seus direitos originais, restabeleceu sua significação primária. Assim, deixou de encerrar-se na esfera do pensamento, abriu caminho para toda atividade intelectual do homem (CASSIRER, 1997).

No século XVIII, em plena revolução francesa, Regnault criou o quadro “A Liberdade ou a Morte”. Este é o homem da época das Luzes: livre, racional, tendendo às alturas, verdadeiro dono do universo, deixando para trás os tempos de escuridão e sombras do passado, dos séculos que lhe haviam antecedido. Quem apontava para o alto agora não eram mais as torres das catedrais góticas, mas o próprio dedo humano.

A Europa viu surgir uma concepção nova, dinâmica e metodológica da razão. Trocaram-se as metanarrativas¹ e a obscuridade pela luz da revelação, pela luz da razão e da ciência; a dominação pela libertação; o artesanato pela tecnologia; as trevas pela luz; o medieval pela modernidade. Trocou-se “um rei, uma lei, uma fé” por “liberdade, igualdade, fraternidade” (CASSIRER, 1997).

A filosofia do Iluminismo não se limitou a acompanhar a vida e a contemplá-la no espelho da reflexão. Pelo contrário, acreditou na espontaneidade originária do pensamento, longe de restringi-lo à tarefa de comentar a posteriormente e refletir, reconheceu o poder e o papel de organizar a vida (CASSIRER, 1997).

¹Metanarrativas: Narrativa extensa que pretende explicar o conhecimento ou representar o universo ou uma verdade absoluta, no Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2008-2013).

A luminosidade da Razão foi aquela dos intelectuais e filósofos que aderiram à utopia de melhorar o homem e o mundo mediante a luz da Razão. A instrução e a educação do homem fariam a humanidade progredir, era o primado da inteligência, da teoria, do saber pelo saber, desinteressado da prática requerida pelas tarefas cotidianas. O formalismo levado às últimas consequências: além do método do conhecimento, ele foi também uma regra de vida moral, um estilo de viver e de pensar (GROSS, 2005).

A humanidade que se reflete em cada individualidade não se dá por justaposição, mas é possível dizer que cada um transforma a si mesmo, se modifica, na medida em que transforma e modifica todo o conjunto de relações do qual ele é o ponto central. Neste sentido, o verdadeiro filósofo é nada mais do que o político, isto é, o homem ativo que modifica o ambiente (GROSS, 2005).

A educação proposta na Paideia clássica socrática, baseava-se no compromisso do cidadão com a Pólis e da Pólis com os seus cidadãos, visava um homem que entendesse as fábulas alegóricas, que usasse a retórica para bem expressar-se, que apresentasse domínio racional e que fosse ativo participante da vida na polis para ser um “cidadão completo, plenamente instruído” (ORIÁ; MORAES, 2004).

A proposta paidêutica era a formação de um “homem completo”, moralmente desenvolvido, que não fosse só um técnico, mas justamente um homem nutrido de cultura, antes de tudo literária, e hábil no uso da palavra.

De acordo com Cambi (1999), nessa transição do homem político para o homem culto e erudito, nasceu a pedagogia como saber autônomo, sistemático rigoroso; nasceu o pensamento como “*episteme*” e não mais como “*éthos*” e práxis apenas. A mudança foi determinante para a cultura ocidental na construção de um caminho que apontasse uma resolutividade para os problemas educacionais e os enfrentariam fora de qualquer determinismo cultural e ambiental, em compreensão de um método universal e racional; dispendo em movimento a Paidéia que sustentou por milênios a reflexão educativa, reconstruindo-se como Paidéia humanística e, depois, como Bildung (CAMBI, 1999).

2.2.5 Paideia Alemã

A palavra alemã *Bildung* significa, genericamente, "cultura" e pode ser considerado o sentido germânico da palavra "*Kultur*". Porém, *Bildung* remete a vários outros registros, em virtude, antes de tudo, de seu riquíssimo campo semântico: *Bild*: imagem, *Einbildungskraft*: imaginação, *Ausbildung*: desenvolvimento, *Bildsamkeit*: flexibilidade ou plasticidade, *Vorbild*: modelo, *Nachbild*: cópia, e *Urbild*: exemplar (JAEGER, 2014).

Jaeger (2014, p. 345) desenvolve a definição de *Bildung*, salientando a sua dimensão do aperfeiçoamento da cultura:

O conceito que originariamente designava apenas o processo da educação como tal, estendeu ao aspecto objetivo e de conteúdo a esfera do seu significado, exatamente como a palavra alemã *Bildung* (formação) ou a equivalente latina *Cultura*, do processo da formação passaram a designar o ser formado e o próprio conteúdo da cultura, e por fim abarcaram, na totalidade, o mundo da cultura espiritual: o mundo em que nasce o homem individual, pelo simples fato de pertencer ao seu povo ou a um círculo social determinado. A construção histórica deste mundo atinge o seu apogeu no momento em que se chega à ideia consciente da educação (JAEGER, 2014, p. 345).

Utilizamos *Bildung* para falar no grau de formação de um indivíduo, um povo, uma língua, uma arte e, é a partir do horizonte da arte, que se determina, no mais das vezes, *Bildung*. A palavra alemã tem, sobretudo, uma forte conotação pedagógica e designa a formação como processo, onde o homem desenvolve suas potencialidades (JAEGER, 2013).

Termo de caráter bastante dinâmico, *Bildung* se impõe a partir da segunda metade do século XVIII, exprimindo, ao mesmo tempo, o elemento definidor, o processo e o resultado da cultura. Estes eram, com certeza, novos tempos, com novos valores, uma nova visão de mundo, de homem, de cultura, de educação e sua influência foi extremamente poderosa, fazendo-se sentir em cada aspecto da vida intelectual alemã daquele final do século XVIII (JAEGER, 2014).

Todos acabaram por se envolver com as novas ideias o neo-humanismo alemão, que deu ao mundo alguns de seus gênios mais festejados: Kant (1724-1804), Herder (1744-1803), Pestalozzi (1746-1827), Mozart (1756-1791), Schiller (1759-1805), Fichte (1762-1814), Humboldt (1767-1835), Schlegel (1767-1845),

Richter (1768-1825), Hegel (1770-1831), Beethoven (1770-1827), Hölderlin (1770-1843), F. Schlegel (1772-1829), Novalis (1772-1801), Schelling (1775-1854), Herbart (1776-1841), Froebel (1782-1852).

Para ampliar-se ainda mais a conceituação de *Bildung* como ideal educativo e formativo na Alemanha esclarecida do século XVIII, com suas raízes no pietismo, e suas conexões com arte, moral e cultura, como afirma Sheehan (1991, p.204):

Pessoas usavam o conceito de muitas maneiras e lhe davam diferentes colorações filosóficas e emocionais; para Kant e Mendelsohn, *Bildung* era pensamento esclarecido, para Herder e Schiller ele tem um caráter mais cultural e artístico. *Bildung* era política e socialmente multivalente: poderia ser associado com protesto e obediência, criticismo e acomodação; representa valores universais e clamores particulares para uma nova elite. Além de suas formulações específicas, *Bildung* representa as esperanças e aspirações dos intelectuais do século dezoito para si próprios e para a sua sociedade.

Percebe-se a força dialética da *Bildung* alemã pela sua dupla natureza, ela é, ao mesmo tempo, aprendizado e formação e não apenas o resultado final de um processo pedagógico. No dizer de Ribeiro (2000, p.192), “*Bildung* palavra alemã que designa uma educação como construção que um ser humano faz de si”. Personalidades únicas, forças formativas individualizadoras, resultados singulares, no plano coletivo e social.

2.2.6 Conceitos da Paideia: Filosofia da educação

Nos parágrafos anteriores, cremos haver evidenciado a conjunção dos fatores e o rumo do ato educativo que surge com a existência humana - a primeira forma de aprendizado se dá de maneira informal e tem por finalidade a sobrevivência da própria espécie. No decorrer de seu desenvolvimento, há o domínio e o aperfeiçoamento do aprendizado transformando o ambiente natural. A característica desse aprendizado concentra-se na transmissão e perpetuação do legado cultural nas mais diversas e distintas coletividades humanas. Inicialmente, a transmissão e o aprendizado no meio social ocorreram por meio dos gestos e depois por meio da linguagem, visando à sobrevivência da espécie.

No desabrochar da civilização, procurou-se uma combinação sequencial que ressaltasse a evolução da Paideia, através de sua manifestação em determinadas

etapas ou fases históricas de Paideia Grega, Paideia Cristã, Paideia do iluminismo e Paideia alemã, unindo o conceito da história da pedagogia com a história da filosofia educacional à realidade grega devido à duração de sua civilização, à realidade cristã primitiva e à realidade alemã na época do Esclarecimento. Cada uma destas fases teve a sua Paideia, pois cada realidade tinha a sua forma particular de perceber o mundo, levando em consideração as concepções humanas, para além da concepção de beleza e sabedoria, a educação almeja a construção do cidadão.

Como já vimos anteriormente, o humano é aprendiz desde que nasce e mantém este processo por toda sua vida, em cada etapa de sua existência. Em linhas gerais, parece ser válido afirmar que a educação é um processo tanto de ensino, aprendizagem, socialização e transmissão da cultura no desenvolvimento humano. O aprendizado informal vincula-se diretamente à transmissão do legado cultural de geração para geração, se desenvolve de indivíduo para indivíduo, grupo ou coletividade sem nenhum rigor oficializado.

A base da construção do aprendizado, a princípio, constitui-se como educação não formal, muitas vezes confundida com a educação informal. É um processo integrado que ocorre internamente em um grupo. O processo educativo não formal vai além das prerrogativas escolares, levando em conta a história de vida e suas realidades individuais (GOHN, 2006).

A educação não formal capacita os indivíduos a se tornarem cidadãos do mundo, no mundo. Sua finalidade é, portanto, abrir janelas de conhecimento sobre o ambiente, os indivíduos e suas relações sociais. Seus objetivos não são dados eles são construídos no processo interativo, dentro das relações sociais baseadas em princípios de igualdade e justiça, quando presentes num dado grupo social, fortalece o exercício da cidadania (GOHN, 2006).

Na educação formal, busca-se a formação de um ser consciente e de mentalidade crítica emancipada de certas alienações impostas por outros grupos sociais, também se busca o ensino transformador, visando alcançar a formação de indivíduo ativo, perceptivo, criativo, habilidoso, competente e, acima de tudo, capaz de atender às demandas do mercado de trabalho, compatível com a díade economia-tecnologia, relacionada com o sistema escolar institucionalizado, com a legislação, estruturado, gradual, hierarquizado, disciplinado e disciplinador, com programas, planejamento, conteúdos sistematizados, currículo e público-alvo

previamente selecionados e delimitados. Esse modelo de educação é padronizado pelo poder público ou privado e deve cumprir as determinações estabelecidas no âmbito das instituições de ensino (GOHN, 2006).

Parece válido, portanto, refletir que a educação é um processo de socialização e endoculturação em espaços e contextos sociais na esfera do desenvolvimento humano, contudo, não se processa por si só. Para melhoria da educação necessitamos de profissionais com uma atuação qualificada e, nesse sentido, Ribeiro (2011, p. 472-475) afirma que:

Para a melhoria da educação básica, a formação dos educadores deve estar em consonância com os resultados pretendidos, permitindo que esses profissionais da educação se beneficiem simultaneamente dos programas de capacitação em serviço e outros incentivos relacionados à obtenção desses resultados. Todos agora são chamados a participar nesse processo de reforma da educação, sem distinção de cor, raça, credo, gênero ou classe social. A estratégia adotada pelo capital, além de valorizar a capacidade tecnológica, é estimular o aumento da competência, da eficácia e da produtividade da força de trabalho e do controle social recomendando, para tal, o investimento na educação básica na população dos países periféricos e emergentes. Cabendo ao professor ser o guardião dos interesses inerentes ao próprio processo de reprodução ampliada do sistema, como bem expressa o modelo do aprender a aprender adotado pela ONU, pela Unesco e pelo Banco Mundial, posicionados aqui como legítimos representantes da sociedade de mercado.

Fica evidente que o processo pedagógico tem o compromisso com a formação integral do homem capaz de compreender, de refletir sobre si mesmo e sobre a sociedade na qual ele está imerso, como ser capaz de imprimir intervenções profundas e radicais no seu interior, para que a mesma seja justa e efetivamente humana (ORIÁ; MORAES, 2004).

O processo educacional está, então, vinculado a todas as etapas vivenciadas pelo ser humano, mas, para que se desenvolva e dê continuidade a espécie, Maturana (2014) descreve que, para além do aprendizado, o humano necessitou compartilhar cuidados em ambientes integrados, com o objetivo de proteção da espécie, criando um ciclo de vínculos.

2.3 Educação em saúde: Educação preventiva

Historicamente sempre houve uma tendência a estruturar as ações educativas em saúde com o sentido de ampliar informações para a população relacionadas aos principais riscos, inúmeras recomendações sobre comportamentos “certos” ou “errados” associados à vivência das doenças e a sua prevenção.

A relação entre a educação e saúde representa a formação de atitudes e valores que levam a sociedade a adotar um comportamento, na maioria das vezes, mais saudável, contribuindo para o seu bem estar e de outros.

No Brasil, a ideia de uma organização para educação em saúde surgiu, pela primeira vez, na segunda metade do século XIX, sendo aplicada tal prática apenas nas famílias da elite, modificando e urbanizando seus hábitos (ROSA, *et al.*, 2006).

Somente no início do século XX, as primeiras intervenções de educação em saúde foram estendidas às classes populares, devido à necessidade de combater as epidemias, que estavam ocasionando transtornos à economia no país (ROSA, *et al.*, 2006).

A educação em saúde tradicional está baseada nos princípios do velho conceito de saúde pública. Fundamentalmente formado pelas tradições da biomedicina, este modelo preventivo de educação objetiva prevenir doenças. (OLIVEIRA, 2005)

Essa ênfase no individual, segundo Oliveira (2005), acaba produzindo uma representação da “falta de saúde” ser uma falha da pessoa, em um discurso que culpa a vítima pelo seu próprio infortúnio.

Neste modelo, não cabem perspectivas de um projeto de educação profissional em saúde com questionamentos acerca de qual deveria ser o papel desse tipo de política pública (a prevenção através da educação). Há uma concepção que trata a educação profissional como saber único capaz e salvador, enquanto a pessoa doente é reconhecidamente o provocador da sua situação (OLIVEIRA, 2005).

O modelo preventivo de educação em saúde tem como pressuposto a ideia de que profissionais de saúde sabem o que se constitui em “estilo de vida saudável” e de que a adoção desse modo de viver é uma questão de escolha pessoal (OLIVEIRA, 2005).

O modo certo de se viver é ditado em regras biomédicas, que transformam a vida em um modelo orientado, em que não cabem reflexões do indivíduo; é uma questão sem discussão, viver depende unicamente do formato a ser obedecido, os detentores deste saber são, portanto, os profissionais da saúde (OLIVEIRA, 2005).

Mediante algumas evidências históricas que desencadearam mecanismos de exclusão, aculturação e assimilação, processados a partir do tratamento comum e direcionado para diferentes grupos sociais, tornou-se fundamental questionarmos as abordagens educacionais e clínicas nas diversas formas e modelos de se transmitir a educação em saúde (OLIVEIRA, 2005).

Segundo Freire (2016), tal modelo encaixa-se na visão de “educação bancária”, pois o processo educativo é um ato permanente de depositar conteúdos, atos do qual o depositante é o “educador” e o depositário é o “educando”. É a concepção da educação que torna o educando passivo e o adapta a uma distorcida concepção de sua consciência, a consciência do homem é algo vazio, que vai sendo preenchido com pedaços de mundo que se transforma em conteúdos de consciência. Essa concepção mecanicista da consciência implica necessariamente em que ela esteja permanentemente recebendo pedaços da realidade (FREIRE, 2016).

2.3.1 Educação em saúde: Modelo radical

Em resposta às novas premissas de saúde, uma nova abordagem do modelo radical de educação em saúde ganhou espaço no contexto da saúde pública. O novo formato se propôs a atender às complexidades da nova saúde pública e a trabalhar em uma perspectiva mais moderna de educação, que estava voltada para o desenvolvimento da consciência crítica das pessoas (OLIVEIRA, 2005).

No Brasil, a partir de 1994, o Ministério da Saúde propôs a implantação de um novo modelo de assistência à saúde, com ênfase na Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB). Nesse novo modelo de atenção, o setor da saúde teve que buscar novos parceiros para resolução dos problemas locais, como, por exemplo, o setor da educação, do saneamento, do meio ambiente, da assistência

social, esportes e lazer, entre outros desvinculando a concepção de saúde da simples ausência de doença (BRASIL, 1994)

Segundo Freire (2016) a possibilidade de admirar o mundo implica em estar não apenas nele, mas com ele; consiste em estar aberto ao mundo, captá-lo e compreendê-lo, atuar de acordo com suas finalidades a fim de transformá-lo. Não é simplesmente responder a estímulos, mas ir além; responder a desafios, em que, através das respostas, vão-se modificando ação e reflexão, assim como Bourdieu (1983) afirma que o aprendizado através do diálogo é concretizado como sinônimo de sociabilidade.

O principal objetivo do modelo radical de educação em saúde é promover a saúde no seu sentido positivo, ou seja, saúde como recurso para uma vida vivida com qualidade (OLIVEIRA, 2005).

2.3.2 Educação Continuada

A partir da organização das práticas educativas, logo surgiu o formato de Educação em Serviço, modalidade muito utilizada para capacitação de profissionais - atendendo a interesses diretos da instituição, com o interesse dos profissionais em segundo plano - em treinamentos com o aspecto técnico. No Brasil, o projeto de Educação Continuada passou a ser discutido com maior ênfase nas décadas de 70 e 80, pelos ideólogos da integração docente assistencial, referindo-se a programas de complementação educacional de profissionais (médicos e enfermeiros principalmente). Tal discussão também estava vinculada a uma proposta de extensão difundida no Brasil pela Organização Pan-americana de Saúde (NUNES, 1993).

Educação continuada consiste em um programa de formação e desenvolvimento dos recursos humanos, que objetiva manter a equipe em um constante processo educativo, com a finalidade de aprimorar os indivíduos e, conseqüentemente, melhorar a assistência prestada aos usuários. A proposta difere do modelo radical de educação em saúde no aspecto de privilegiar o profissional e não apenas interesses institucionais, uma vez que deve promover oportunidades de desenvolvimento do profissional e de suas capacidades para atuação de forma

individual ou coletiva. A ideia é que benefícios gerados de forma individual tornam essas pessoas mais satisfeitas, motivadas e com mais conhecimentos, que retornam também para instituição na qual ele está inserido (MASSAROLI, SAUPE, 2005).

Entende-se a Educação Continuada como uma das provedoras do conhecimento da ação “saber-fazer”, e da reflexão “pensar sobre o fazer”, para que, mediante o processo de “aprender a pensar o fazer”, culmine no “refazer” as ações realizadas no cotidiano (DEMO, 2000).

A literatura segue registrando uma variedade de expressões, sendo as mais frequentes:

- Treinamento em serviço,
- Educação no trabalho,
- Educação em serviço,
- Educação Continuada

Não iremos nos ater à Educação Continuada, posto que a Educação permanente seja nosso maior foco.

2.3.3 Educação Permanente

Em 2004, o Ministério da Saúde lança a Portaria n. 198/GM/MS, instituindo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Tal Portaria considera a responsabilidade do Ministério da Saúde na consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e representa uma iniciativa para a capacitação de profissionais aptos a dar sequência às reformas previstas em lei (BRASIL, 2004b).

Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, a política de “Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” representa no interior do setor da saúde, a emergência de uma formulação intelectual e política em diálogo com a área da educação.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), no governo do ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva, mesmo na transição do ministro da saúde Humberto Costa para o ministro José Saraiva Felipe, emite o programa “A Educação Permanente Entra na Roda Polos de Educação Permanente em Saúde Conceitos e Caminhos a

Percorrer”. A ideia é usar a educação permanente para melhorar a formação e, conseqüentemente, fortalecer o SUS. A educação permanente possibilita, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na Saúde e o desenvolvimento das instituições. Além disso, ela reforça a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social.

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais. Em ação na rede de serviços, é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho.

O projeto dos Polos de Educação Permanente vem constituindo uma forma de construir um terreno para a problematização necessária da mudança do conjunto das práticas dos gestores da saúde quanto a suas intervenções no campo da educação em saúde, enquanto pauta nacional. Como instância do SUS, esses polos não necessariamente respondem de modo uniforme a esta pauta, pois a instalação de múltiplos atores loco-regionais lhes dá singularidades que não podem ser desprezadas. Embora, uma vez que o terreno e o sentido da política estão aí instalados, caiba aos atores concretos resolvê-los nos seus modos de produzir o SUS no Brasil (MERHY, 2005).

Merhy (1997) afirma que justamente o modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho configuram “um dos grandes nós críticos” das propostas que apostam para a mudança do modelo tecno-assistencial em saúde no Brasil.

A política de formação deve levar em conta os princípios que orientaram a criação do SUS: Construção descentralizada do sistema; universalidade; integralidade; participação popular (BRASIL, 2005b).

Deve-se usar a educação permanente para melhorar a dinâmica de atendimento aos usuários pelos profissionais atuantes na equipe, possibilitando, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na saúde e o desenvolvimento das instituições. Além disso, é preciso reforçar a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde.

Destacamos, então, os princípios norteadores da política de humanização:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito as questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (BRASIL, 2004a).

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Os processos de qualificação do pessoal da saúde deveriam, portanto, ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho. Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. A educação que pensa o trabalho e a educação que pensa a produção do mundo. Em ambos os casos, podem-se inserir fluxos à reflexão crítica.

A integralidade na saúde, como uma das diretrizes do SUS, mais que um conceito fechado, é um termo dinâmico, um conjunto de valores que representam um ideal de transformação “A concretização de um sistema integral não passa, portanto, pela aplicação exclusiva dos saberes disciplinares já existentes, mas pela construção incessante de práticas eficazes” (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Em sua conceituação, a Educação Permanente direciona a essência humana para enriquecer as subjetividades em qualquer etapa da existência. Esta parece ser a ótica que o Ministério da Saúde utilizou para a escolha da terminologia como

justificativa para integrar as múltiplas abordagens pretendidas (MASSAROLI; SAUPE, 2005).

Em estudos recentes, é possível observar a ampliação do conceito de Educação Permanente, além de uma nova nomenclatura na área da saúde, que passou a chamar este processo de Educação Permanente em Saúde, justificando o uso do termo porque o processo passou a ser uma política pública formulada para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde, reconhecendo que só através da aprendizagem significativa será possível encontrar trabalhadores que se harmonizem com as constantes mudanças ocorridas nos complexos sistemas de saúde, predizendo que o conhecimento deve ser construído considerando as novidades e o que já está consolidado (MASSAROLI; SAUPE, 2005).

2.3.4 Educação Permanente em Saúde

Em 20 de agosto de 2007, o Ministério da Saúde publica a portaria n. 1.996 instituindo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que visa aprimorar e transformar o método educacional em saúde. Tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, permite o encontro do mundo em formação com o mundo do trabalho, indicando que a qualificação técnico-científica é apenas um dos aspectos das transformações das práticas e não o seu foco central. Segundo Massaroli e Saupe (2005) não há espaço, nessa perspectiva, para ações educativas verticalizadas e fora de contexto, as demandas têm origem no processo de trabalho e no espaço em que os profissionais e membros das comunidades estão inseridos, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado; tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população.

A Educação Permanente em Saúde reconhece o cotidiano como lugar de invenções, acolhimento de desafios e substituição criativa de modelos por práticas cooperativas, colaborativas, integradas e corajosas na arte de escutar a diversidade e a pluralidade do País.

Na proposta da Educação Permanente em Saúde, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, da gestão, da participação ou da formação é construída na prática de equipes, trabalhadores e parceiros, devendo considerar a necessidade de

implementar um trabalho relevante, de qualidade e resolutividade. As demandas para qualificação ou especialização são demandas para a promoção de pensamento e ação (BRASIL, 2004c).

O conceito de Educação Permanente em Saúde e sua relação com o trabalho e com as práticas de formação e desenvolvimento profissional:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações (BRASIL, 2009, p.20).

O Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos seus trabalhadores, buscando articular a integração entre ensino, serviço e comunidade, além de assumir a regionalização da gestão do SUS, como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do sistema (BRASIL, 2009).

Considerando a complexidade do sistema de saúde brasileiro, Ceccim (2005) afirma que a política nacional de educação permanente em saúde é necessária para a consolidação de práticas voltadas à resolutividade dos problemas de saúde das populações. O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar, a busca de soluções criativas para os problemas, o desenvolvimento do trabalho em equipe matricial, a melhoria da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento.

Para Sarreta (2009), o diferencial é a construção coletiva de novas estratégias de trabalho comprometidas com os princípios e as diretrizes do SUS e com as necessidades de cada região mediante a problematização das práticas cotidianas, visando recuperar as ações e desenvolver a autonomia e a participação.

No mês de dezembro de 2016, ocorreu a 1ª Reunião Técnica Regional, na cidade de Bogotá, na Colômbia, feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de estimular o debate teórico e metodológico da Educação Interprofissional (EIP), que visa à abordagem de membros ou estudantes de duas ou mais profissões aprenderem entre si e sobre os outros, com o objetivo de aprimorar a colaboração e qualidade dos cuidados e serviços.

O Ministério da Saúde iniciou o processo de elaboração do Plano de Ação para utilização da Educação Interprofissional no Brasil, para o período de 2017 e 2018. Também foi criada a Rede Regional de Educação Interprofissional, com a coordenação da Argentina, Brasil e Chile.

Em junho de 2017, ocorreu, no Brasil, a primeira oficina de alinhamento conceitual sobre Educação e Trabalho Interprofissional, como espaço de diálogo interministerial, intersetorial e interdisciplinar em torno dos elementos da educação e do trabalho na realidade brasileira. Foram debatidos importantes aspectos, demonstrando os avanços do Brasil em relação ao tema e os esforços realizados para incorporar, de forma mais consolidada, a Educação Interprofissional na política de educação na saúde.

O Brasil, no conjunto de países da América Latina e Caribe, é um dos que mais apresentam experiências relacionadas à Educação Interprofissional. Contudo, se faz necessário avançar para utilizar uma forma mais planejada para tal estratégia nas políticas e ações de educação na saúde, bem como ampliar esforços para estabelecer uniformidade no marco conceitual da proposta.

Segundo o então ministro da saúde Ricardo Barros (BRASIL, 2017, p. 21):

O SUS apresenta em sua base constitucional potentes elementos para implementação da Educação Interprofissional. A exemplo temos as equipes da Estratégia de Saúde da Família, composta por profissionais médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares e técnicos de enfermagem e de saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família os NASFs também apresentam em sua conformação a atuação das mais diversas profissões da área da saúde. Portanto podemos afirmar que o SUS é interprofissional. O que precisaremos no momento é intensificar a

aplicação dessa abordagem nos processos de trabalho em saúde, bem como nas instituições de ensino do país para que tenhamos um novo modelo de atenção mais integrado e colaborativo.

Os enfoques educativos transformaram-se profundamente nos últimos anos, acompanhados, por um lado, da reflexão crítica das tendências clássicas e, por outro, incorporando os aportes da sociologia das organizações, a análise institucional e a perspectiva da educação de adultos, particularmente em situações de trabalho. Merhy (2005, p. 72) afirma que:

Acredito que o trabalhador, para atuar, utiliza três tipos de valises: uma que está vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, um estetoscópio, bem como uma caneta, papéis, entre vários outros tipos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por 'tecnologias duras'; outra que está na sua cabeça e na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica ou a epidemiologia ou a pedagogia, que expressam uma caixa formada por 'tecnologias leveduras'; e, finalmente, uma outra que está presente no espaço relacional trabalhador-usuário e que contém 'tecnologias leves' implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem existência em ato.

Para frutificar as mudanças necessárias nas práticas do cuidado em saúde, faz-se necessário priorizar o conhecimento da ação cotidiana e oportunizar a reflexão coletiva. Assumir uma postura que propicie a aprendizagem é também uma base de compromissos com o trabalho, de buscar e executar, não ficar prisioneiro das mesmas respostas e aceitar os desafios do cotidiano do mundo do trabalho. Dessa forma, as necessidades de formação e desenvolvimento dos profissionais devem também ser pautadas pelas necessidades de cuidados das pessoas usuárias do sistema de saúde.

2.4 Cuidado, Transmissão e Saúde

As práticas de cuidado configuram-se como uma atitude fundamental à sobrevivência da espécie. Seria muito difícil a sobrevivência de um bebê humano se não recebesse a atenção necessária, o desvelo, a intervenção do adulto próximo, sendo que é exatamente por meio das expressões emocionais que ele recebe tais cuidados. Isto implica dizer que as emoções que são, em essência, contagiantes se interpõem às práticas de cuidar e educar mais primitivas. A argumentação de

Rossetti-Ferreira (2003, p. 10) se faz oportuna, ao se reportar às práticas de cuidado e educação:

Admirável capacidade humana essa de aprender com os outros da mesma espécie e de se adaptar aos mais variados ambientes e situações. Estranho pensar que ela se funde em nossa extrema imaturidade motora ao nascer, que nos faz depender dos outros por longos anos. Em contraposição, nossa rica expressividade ao nascer, favorece nossa comunicação com os outros. Aqueles que nos cuidam medeiam nossas relações com o mundo.

Segundo Wallon (1995) os progressos da vida mental só foram possíveis graças à vida coletiva, permeada por emoções. Pode-se citar como exemplo, o recém-nascido, que tem suas necessidades biológicas atendidas por meio das emoções (choro, riso) que contagiam o outro - o adulto cuidador -, o que vem a confirmar o componente emocional do cuidado (WALLON, 1995, p.100).

O cuidar nasceu com a prática das mulheres na maternagem² e sua história encontra-se no espaço privado da família, relacionado com o cuidado materno, cuidado com idosos, cuidado com a família e a transmissão de experiências para as gerações posteriores (SANTOS, 2004).

Para o teólogo, filósofo e professor Leonardo Boff (1999, p. 89):

A palavra cuidado tantas vezes proferida por nós, ganha alma e valor quando conhecemos melhor a sua representação. Se cuidar é cogitar, pensar - dentre outras coisas -, então o cuidado está na natureza humana. Externar a essência humana cuidadosa é fazer emergir o nosso 'eu' superior e anterior a toda ideia. Não temos cuidado, somos cuidado.

Na visão filosófica existencialista de Martin Heidegger (1995), o cuidado acontece antes de qualquer comportamento humano, o que significa dizer que é encontrado em toda atitude e situação de fato. Cuidar é o modo de ser essencial da humanidade e está presente em tudo, sendo, portanto, o fenômeno existencial básico e fundamental para a interpretação do sujeito (BOUWMAN, 2011).

Para Boff (1999), cuidar é entrar em sintonia com a razão analítico-instrumental e abrir caminho para a razão cordial, o espírito da delicadeza, o sentimento profundo.

²Maternagem: Segundo Winnicott (2006, p.30), a gestante apresenta um estado psiquiátrico especial chamado preocupação materna primária]]. Essa condição desenvolve-se gradualmente e se torna um estado de sensibilidade aumentada durante e, especialmente, ao fim da gravidez persistindo por várias semanas após o nascimento da criança.

Quando cuidamos, evidenciamos que nos importamos não somente conosco, mas também com todo o ciclo de vida. Mostramos que temos consciência da responsabilidade de cada ser em manter o equilíbrio das relações e a harmonia da natureza, mas precisamos cuidar do cuidado para que ele se faça presente em nossas ações espontaneamente e, com o tempo, deixe de ser algo buscado, passando a existir naturalmente em nosso comportamento diário (BOFF, 1999).

Se nos distanciamos do cuidado, nos perdemos, ficamos propensos a agir contra a nossa própria natureza, passamos a ter atitudes destrutivas, descuidamos, esquecemos quem somos e qual é o nosso papel no mundo, perdemos o cuidado com a vida, perdemos nossa dignidade.

Como afirma Boff (1999, p. 89) “O cuidado possui uma dimensão ontológica que entra na constituição do ser humano. É um modo-de-ser singular do homem e da mulher. Sem cuidado deixamos de ser humanos”.

O cuidado deve ser um aliado constante no processo da vida, para Boff (1999, p. 160) “O descuido, inerente à nossa humana condição, mais do que um obstáculo é um desafio para a vivência do cuidado essencial e de suas formas alternativas e mais aperfeiçoadas”.

De acordo com Boff (1999), para sentirmos o que há em nós, necessitamos do nosso semelhante. Nós, humanos, nos conhecemos e nos reconhecemos através do outro, o que pode ser associado ao pensamento de Maturana (1993), quando enfatiza que o humano só é humano porque coexiste, compartilha e se emociona. Sem a transmissão de nossas emoções, o convívio com outros seres não sobreviveríamos.

Morin (2011, p.52) compartilhado pensamento de Boff (1999) e Maturana (1993), quando afirma que somos razão e emoção “O homem da racionalidade é também o da afetividade, do mito e do delírio”.

Afloradas as emoções somos capazes de sentir amor, afeto, respeito, responsabilidade, cuidado, carinho e compaixão, como também sentir raiva, tristeza, angústia, medo, insegurança e sermos descuidados. Temos, enraizados na alma e no espírito, todos os sentimentos e emoções, assim como a percepção e a inteligência; temos uma mistura única dentre todas as espécies de seres vivos, nem todas as nossas qualidades reunidas fizeram de nós humanos mais importantes e

mais fortes, pois vivemos em mundo de co-dependência, de interação e de fragilidades (MORIN, 2011).

O ser humano é um ser capaz de medida e desmedida; sujeito de afetividade intensa e instável. Sorri, ri, chora, mas sabe conhecer com objetividade; é sério e calculista, mas também ansioso, angustiado, gozador, ébrio, extático; é um ser de violência e de ternura, de amor, e de ódio; é um ser invadido pelo imaginário e pode reconhecer o real, que é consciente da morte, mas que não pode crer nela; que secreta o mito e a magia, mas também a ciência e a filosofia; que é possuído pelos deuses e pelas ideias, mas que duvida dos deuses e critica as ideias; nutre-se dos conhecimentos comprovados, mas também de ilusões e de quimeras (MORIN, 2011, p.53).

Somos conscientes da finitude da vida e de como essa perspectiva influi no florescimento do cuidado e no seu desenvolvimento dentro das relações íntimas e sociais. Desde muito cedo a humanidade se preocupou em enfrentar essa ameaça de várias formas, baseadas em diferentes conceitos do que vem a ser a saúde e a doença.

2.4.1 Cuidado institucionalizado

De modo informal e rudimentar, o cuidar inicia-se de duas formas: como um modo de sobrevivência e como uma expressão de interesse e carinho em relação com outro ser, portanto, relacional (WALDOW, 1998).

Na história das civilizações, encontramos registros nos diferentes períodos, impressos em forma de arte, hábitos e rituais do cotidiano e da cultura. Através de algumas disciplinas, como a Arqueologia e a Antropologia, obtemos algumas evidências de como os povos se desenvolveram através dos tempos, seus movimentos entre hábitos, ações e comportamentos de cuidado e não cuidado (WALDOW, 1998).

A fase histórica do cuidado relacionado à medicina Grega representa uma importante inflexão na maneira de encarar a doença. É verdade que, na mitologia grega, várias divindades estavam vinculadas à saúde. Os gregos cultuavam, além da divindade da medicina, *Asclepius* ou *Aesculapius* (que é mencionado como figura histórica na *Ilíada*), duas outras deusas, *Higieia*, a Saúde, e *Panacea*, a Cura. Ora, *Higieia* era uma das manifestações de Athena, a deusa da razão, e o seu culto,

como sugere o nome, representa uma valorização das práticas higiênicas; e se *Panacea* representa a ideia de que tudo pode ser curado - uma crença basicamente mágica ou religiosa -, deve-se notar que a cura, para os gregos, era obtida pelo uso de plantas e de métodos naturais, e não apenas por procedimentos ritualísticos (SINGERIST, 2018).

Essa visão religiosa antecipa a entrada em cena de um importante personagem: o pai da Medicina, Hipócrates 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 o trabalho de várias pessoas, em um longo período de tempo. O importante é que tais escritos traduzem uma visão racional da medicina (SINGERIST, 2018).

A descrição da concepção religiosa da doença se baseava na ação de forças alheias ao organismo que nele se introduziam por causa do pecado ou de maldição. Para os antigos Hebreus, a doença não era necessariamente devida à ação de demônios, ou de maus espíritos, mas representava, de qualquer modo, um sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos Deus é também o Grande Médico:

Êxodo (15, 26): “Disse ele: Se ouvires atentamente a voz do senhor teu Deus, e fizeres o que é reto diante dos seus olhos, e inclinares os teus ouvidos aos seus mandamentos, e guardares todos os seus estatutos, nenhuma enfermidade virá sobre ti, das que eu envie sobre os egípcios, pois eu sou o senhor que te sara.”

Eclesiastes (38,16): “Senhor por estas coisas vivem os homens; e o meu espírito encontra vida nelas também. Restauraste-me a saúde, e me deixaste viver”.

A doença era sinal de desobediência ao mandamento divino, o homem era uma unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização (HELMAN, 1994).

Galeno (129-199) revisitou a teoria humoral e ressaltou a importância dos quatro temperamentos no estado de saúde. Via a causa da doença como endógena, ou seja, estaria dentro do próprio homem, em sua constituição física ou em hábitos de vida que levassem ao desequilíbrio (SINGERIST, 2018).

No Oriente, a concepção de saúde e de doença seguia e segue um rumo diferente, mas, de certa forma, análogo ao da concepção hipocrática. Falam-se de

forças vitais que existem no corpo: quando funcionam de forma harmoniosa, há saúde; caso contrário, sobrevive a doença. As medidas terapêuticas (acupuntura, ioga etc.) têm por objetivo restaurar o normal fluxo de energia no corpo, “*chi*”, na China; *Prana*, na Índia (HELMAN, 1994).

Na Idade Média Europeia, a influência da religião cristã manteve a concepção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé; o cuidado aos doentes estava, em boa parte, entregue a ordens religiosas, que administravam inclusive o hospital, instituição que o cristianismo desenvolveu muito, não como um lugar de cura, mas de abrigo e de conforto para os doentes. Um dos valores básicos que envolvia a existência dos hospitais era a caridade, pois cuidar dos doentes ou contribuir financeiramente para a manutenção destas casas significava a salvação das almas dos benfeitores (HELMAN, 1994).

As ideias hipocráticas se mantinham, através da temperança no comer e no beber, na contenção sexual e no controle das paixões, procurava-se evitar viver contra a natureza; o advento da modernidade mudará essa concepção religiosa (HELMAN, 1994).

No entanto, esse entendimento de benevolência divina passou a ser questionado com o aparecimento de novas doenças, fazendo com que alguns estudiosos passassem a acreditar que as doenças poderiam passar de uma pessoa para outra, iniciando-se a ideia de que há formas de se evitar doenças (HELMAN, 1994).

O suíço Paracelsus (1493-1541) citado por Helman (1994) afirmava que as doenças eram provocadas por agentes externos ao organismo. Neste período, e no rastro da alquimia, a química começava a se desenvolver e influenciava a medicina. Para ele, se os processos que ocorrem no corpo humano são químicos, portanto, os melhores remédios para expulsar a doença seriam também químicos.

Passado esse período de domínio da Igreja, surge, então, a fase de racionalismo e de grande avanço científico, é a época do iluminismo. Nessa fase da história da humanidade, juntamente com a ciência, os conhecimentos da área de saúde tiveram um enorme avanço, isto porque o ser humano que acompanhava o nascimento da ciência moderna era conquistador e proprietário da natureza, não mais seu partícipe e observador harmonioso. Esta perspectiva abriu caminho para as práticas terapêuticas intervencionistas (SEVALHO, 1993).

O desenvolvimento da mecânica influenciou as ideias de René Descartes, no século XVII. Ele postulava um dualismo mente-corpo, onde o corpo funcionava como uma máquina. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento da anatomia, também consequência da modernidade, afastou a concepção humoral da doença, que passou a ser localizada nos órgãos. No famoso conceito de François Xavier Bichat (1771-1802), saúde seria o “silêncio dos órgãos” (SINGER, 2018).

Blaise Pascal (1628-1662) citado por Gelfand (1994) dizia que “a enfermidade é um caminho para o entendimento do que é a vida, para a aceitação da morte, principalmente de Deus”. Mais tarde, os românticos não apenas aceitavam a doença, como desejariam morrer cedo, a doença refinaria a arte de viver e a arte propriamente dita. Saúde, em tais circunstâncias, era até dispensável; ciência continuava avançando e, no final do século XIX, registrou-se o que depois seria conhecido como a revolução pasteuriana.

No laboratório de Louis Pasteur e em outros laboratórios, o microscópio, descoberto no século XVII, mas até então não muito valorizado, estava revelando a existência de microrganismos causadores de doença e possibilitando a introdução de soros e vacinas. Era uma revolução porque, pela primeira vez, fatores etiológicos até então desconhecidos estavam sendo identificados; doenças agora poderiam ser prevenidas e curadas (ROSEN, 1994).

Esses conhecimentos impulsionaram a chamada medicina tropical. O trópico atraía a atenção do colonialismo, mas os empreendimentos comerciais eram ameaçados pelas doenças transmissíveis endêmicas e epidêmicas.

Foi da necessidade de estudar, prevenir e curar as enfermidades que nasceu a epidemiologia, baseada no estudo pioneiro do cólera em Londres, feito pelo médico inglês John Snow (1813-1858) citado por Rosen (1994). Se a saúde do corpo individual podia ser expressa por números os “sinais vitais”, o mesmo deveria acontecer com a saúde do corpo social: ela teria seus indicadores, resultado desse olhar contábil sobre a população e expresso em uma ciência que então começava a emergir, a estatística.

Em 1826, o médico Louis René Villermé (1782-1863) publicou um relatório analisando a mortalidade nos diferentes bairros de Paris, intitulado: *Tableau del' Et at physique et moral dés ouvriers*, concluindo que a morte estava condicionada, sobretudo, pelo nível de renda. Na Inglaterra, berço da Revolução Industrial,

também surgiu estudos desse tipo, ali se fazia sentir com mais força os efeitos sobre a saúde, a urbanização, a proletarização. Esta foi a situação que inspirou Friedrich Engels a escrever: *Condição da classe trabalhadora na Inglaterra* (ROSEN, 1994).

A partir de 1840, aparecem os *Blue books* e inquéritos estatísticos de caráter pioneiro na saúde, atribuídos a William Farr (1807-1883), que, em 1839, tornou-se diretor-geral do recém estabelecido *General Register Office* da Inglaterra. Seu *Annual Reports*, no qual os números de mortalidade combinavam com relatos vívidos, chamaram a atenção para as desigualdades entre os distritos do país (ROSEN, 1994).

Em 1842, o advogado Edwin Chadwick (1800-1890) escreveu um relatório que se tornou famoso, “As condições sanitárias da população trabalhadora da Grã-Bretanha”. Esse relatório impressionou o Parlamento, que, em 1848, promulgou a lei: *Public Health Act*, criando uma Diretoria Geral de Saúde encarregada de propor medidas de saúde pública e de recrutar médicos sanitaristas. Desta forma, teve início oficial o trabalho de saúde pública na Grã-Bretanha (ROSEN, 1994).

Em 1850, nos Estados Unidos, Lemuel Shattuck um livreiro, faz um relato sobre as condições sanitárias em Massachusetts e uma diretoria de saúde é criada, reunindo médicos e leigos. Ao mesmo tempo, outras revoluções ocorriam como a de 1848 a Comuna de Paris. Karl Marx estava diagnosticando os males do capitalismo e propondo profundas modificações na sociedade.

Os capitalistas e latifundiários precisavam, nas palavras de Otto von Bismarck, o “chanceler de ferro”, serem salvos deles próprios, de sua ganância que ameaçava sacrificar a mão de obra operária (ROSEN, 1994).

Bismarck criou, em 1883, um sistema de seguridade social e de saúde que por vários aspectos, foi pioneiro. Depois da Alemanha, o sistema foi implantado na França, que, tendo anexado a Alsácia-Lorena após a Primeira Guerra Mundial, não quis privar a população dessa região dos benefícios de que gozava sob o Império Alemão (ROSEN, 1994).

Vários outros países foram copiando o sistema de saúde alemão, mas a mudança substancial ocorreria durante a Segunda Guerra, na Grã-Bretanha, com o intuito de oferecer ao povo inglês uma espécie de compensação pelas privações sofridas com o conflito bélico (ROSEN, 1994). Em 1941, o governo encarregou Sir William Beveridge de fazer um diagnóstico da situação do seguro social. Em 1942,

Beveridge submeteu ao governo um novo sistema de saúde, o *Welfare System* (ROSEN, 1994).

Não havia ainda, entretanto, um conceito universalmente aceito do que era saúde. Para tal, seria necessário um consenso entre as nações e a Liga das Nações, criada após o término da primeira guerra, não conseguiu esse objetivo. Foi somente após a segunda guerra mundial que houve a criação da Organização das Nações Unidas (ONU).

A saúde como um direito humano fundamental passou a ser preconizada pela ONU e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) após a II guerra mundial. Em 1946, a ONU proclamou sua constituição, declarando, internacionalmente, a saúde como direito humano, e, posteriormente, em 1948, promulgou a Declaração dos Direitos Humanos (VAITSMAN *et al.*, 2005).

Em 07 de abril de 1948, no Dia Mundial da Saúde, a OMS divulgou a carta dos princípios para saúde, que reconhece o direito à saúde e a obrigação do Estado na promoção e proteção, seu conceito norteador é: “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007)

Esse conceito refletiu uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra, o fim do colonialismo e a ascensão do socialismo (VAITSMAN *et al.*, 2005). Formulada em 1974 por Marc Lalonde, titular do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá, o *health fiel* dá um conceito útil para analisar os fatores que intervêm sobre a saúde, onde a saúde pública deveria intervir, a mudança passa a desenvolver o direito a uma vida plena sem privações (SINGERIST, 2018).

Em decorrência das discordâncias, surge o conceito de Christopher Boorse, em 1977: saúde é ausência de doença. A classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor (SINGERIST, 2018).

Uma resposta a isto foi dada pela declaração final da Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde realizada na cidade Alma-Atano atual Cazaquistão, em 1978, promovido pela OMS. A abrangência do tema foi, até certo ponto, uma surpresa a OMS havia desenvolvido programas com a cooperação de países-membros, com o caráter normativo, a classificação internacional de doenças,

a elaboração de regulamentos internacionais de saúde, normas para a qualidade da água (SINGERIST, 2018).

Entre outras metas, ficaram estabelecidas:

VII-3. Compreende, pelo menos, as seguintes áreas: a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes; a promoção da aptação de alimentos e de uma nutrição apropriada; um abastecimento adequado de água potável e saneamento básico; a assistência materno-infantil, com inclusão da planificação familiar; a imunização contra as principais enfermidades infecciosas; a prevenção e luta contra enfermidades endêmicas locais; o tratamento apropriado das enfermidades e traumatismos comuns; e a disponibilidade de medicamentos essenciais;

VII-4. Inclui a participação, ademais do setor saúde, de todos os setores e campos de atividade conexas do desenvolvimento nacional e comunitário, em particular o agropecuário, a alimentação, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros, exigindo os esforços coordenados de todos estes setores;

VII-5. Exige e fomenta, em grau máximo, a auto-responsabilidade e a participação da comunidade e do indivíduo na planificação, organização, funcionamento e controle da atenção primária de saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

Nas citações acima, é possível confirmar a indissociabilidade dos fatores sociais, econômicos e culturais para atingir uma saúde pública de qualidade e com equidade, envolvendo, assim, todos os setores da sociedade, inclusive a sociedade civil.

Foi, entretanto, na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 21 de novembro de 1986, que se aprovou um documento com orientações para se atingir a Saúde para todos no ano 2000. Esta conferência foi, essencialmente, uma primeira resposta às crescentes expectativas no sentido de se conseguir um novo movimento global de saúde pública. As discussões centraram-se nas necessidades dos países industrializados, mas tomaram também em consideração (VAITSMAN *et al.*, 2005).

A Carta de Ottawa para promoção da saúde foi constituída na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá, de 17 a 21 novembro de 1986. A Promoção da Saúde é um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DE SAÚDE, 1986).

Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida; a saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do setor da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar. Os pré-requisitos para a saúde, as condições e recursos fundamentais são: Paz, abrigo, educação, alimentação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. A melhoria da saúde decorre da garantia destas condições básicas (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DE SAÚDE, 1986).

A preocupação com a promoção da saúde não parou, em 2005, sobreveio a Carta de Bangkok, resultado da Sexta Conferência Global de Promoção da Saúde, em Bangkok, Tailândia, com escopo de identificar ações, compromissos e promessas necessárias para abordar os determinantes da saúde em um mundo globalizado através da promoção da saúde.

Na mencionada Carta, ficou reconhecido sobre a promoção da saúde:

- As Nações Unidas reconhecem que a obtenção do mais alto nível de saúde é um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano, sem distinção de raça, cor, sexo ou condição socioeconômica.
- A Promoção da Saúde se baseia nesse direito humano fundamental e oferece um conceito positivo e inclusivo de saúde como um determinante de qualidade de vida, incluindo o bem estar mental e espiritual.
- A Promoção da Saúde é o processo que permite as pessoas aumentar o controle sobre sua saúde e seus determinantes, mobilizando-se (individual e coletivamente) para melhorar a sua saúde. É uma função central da Saúde Pública e contribui para o trabalho de enfrentar as doenças transmissíveis então transmissíveis, além de outras ameaças a saúde (CONFERÊNCIA GLOBAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2005).

Pode-se perceber que a tarefa de construção de uma saúde pública eficiente foi um desafio em quase todo o mundo, assim como a superação de outras violações aos direitos humanos, de acordo com Bernardo (2012, p. 5):

A globalização que aproxima os continentes e favorece uma discussão sobre a condição de saúde, que permite pensar estratégias para se trabalhar políticas de saúde para todos; é a mesma globalização embasada pelos princípios neoliberais, o que não permite que o público seja eficiente e que tem como diretriz fundamental o Estado mínimo. Dificultando a implementação de uma Saúde Pública de qualidade, com equidade e universalidade.

Evidentemente que todas as conquistas de transformação do pensamento em torno da saúde são acontecimentos que marcaram e permitiram que a história se desse desta forma, porém, conclui-se que ainda se tem muito a avançar, pois cada dia mais se tem a necessidade da elaboração de

políticas públicas para se melhorar as deficiências que se tem no atendimento médico atual.

Nesta breve exposição histórica, vê-se que o cuidado em saúde no mundo está diretamente ligado às situações políticas e econômicas que delinearão sua trajetória, suas necessidades de reformulações e estabelecimento de metas para a sua garantia como direito fundamental ao ser humano.

2.4.2 A evolução do cuidado em saúde no Brasil

A assistência à saúde no Brasil não era reconhecida no sistema jurídico até o ano de 1923, mas as crescentes necessidades da população em torno dos problemas da saúde, as pressões exercidas por alguns grupos sociais, levaram o governo a direcionar um novo olhar para a saúde do país (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Assim, em 24 de janeiro de 1923, foi aprovada, pelo Congresso Nacional, a Lei Elói Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil, através desta lei foi instituído as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's).

A respeito desta lei devem ser feitas as seguintes considerações:

- A lei deveria ser aplicada somente ao operariado urbano. Para que fosse aprovada no Congresso Nacional, dominado na sua maioria pela oligarquia rural, foi imposta a condição de que este benefício não seria estendido aos trabalhadores rurais.
- Outra particularidade referem-se ao fato de que as caixas deveriam ser organizadas por empresas e não por categorias profissionais.
- A criação de uma CAP também não era automática, dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores de determinada empresa para reivindicar a sua criação. A primeira CAP criada foi a dos ferroviários, o que pode ser explicado pela importância que este setor desempenhava na economia do país naquela época, e pela capacidade de mobilização que a categoria dos ferroviários possuía (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 19).

Como afirma o advogado e professor José Lima Santana (2010, p. 51) “A saúde por aqui foi pensada e estruturada como assistência médica vinculada ao mundo do trabalho e, por conseguinte, à previdência Social”.

Não se teve a necessária visão sistêmica, a saúde foi pensada separadamente das ações coletivas, as CAP's possuíam administração própria para os seus fundos, formada por um conselho composto de representantes dos empregados e empregadores e, em 1930, o sistema já abrangia 47 caixas, com

142.464 segurados ativos, 8.006 aposentados, e 7.013 pensionistas (SANTANA, 2010).

O benefício era destinado apenas aos trabalhadores com vínculo formal no mercado de trabalho, uma vez que só quem contribuía com a Previdência Social possuía o direito ao atendimento médico e medicação, sendo este um fator determinante para a privação do acesso à assistência médica da maioria da população, que recorria às assistências prestadas por entidades filantrópicas. (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Em 1930, o então presidente da república Getúlio Dornelles Vargas suspendeu as aposentadorias das Caixas Aposentadorias e Pensões (CAPs), promovendo uma reestruturação no sistema, criando os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que eram autarquias de nível nacional centralizadas no governo federal. A filiação passou a ser pelas categorias profissionais, criaram-se os Ministérios dos Negócios da Educação e da Saúde Pública no Decreto n. 19.402/1930(RODRIGUEZ NETO, 2003).

A implantação do estado novo representava um acordo entre a grande propriedade agrária e a burguesia industrial historicamente frágil. Esta fase também foi marcada pela promulgação de uma nova constituição, que entrou em vigor em 1934, com uma forte influência da Constituição da República Alemã de Weimar por incorporar os direitos sociais, econômicos, culturais, trabalhistas, sindicais e previdenciários, conforme afirma o advogado e professor Guedes (1998, p. 82):

A República de Weimar inaugurou uma fase inédita de estruturação constitucional do Estado alemão, com papel mais ativo no desenvolvimento social, na construção de uma sociedade com justiça social pela efetivação dos Direitos Sociais formalizados na Constituição de Weimar, de 11 de agosto de 1919 o sozialstaat ou Estado Social de Direito. A ordem econômica e social criada pela nascente República alemã serviu de modelo para alguns Estados no período imediatamente posterior à Primeira Guerra Mundial. No Brasil, por exemplo, intenso foi o debate sobre as conquistas sociais e constitucionais de Weimar, tendo a carta magna de 1934 sofrido forte influencia do recém-criado modelo social alemã. Esta constituição brasileira praticamente assimilou os idealizados avanços da nova ordem social alemã, mas apenas em seu aspecto jurídico-formal.

Com relação ao direito à saúde, o Decreto-Lei 4.682 de 1923 foi recepcionado nesta constituição, porém não trouxe nenhum avanço nas garantias do cidadão que precisava de assistência à saúde, pois permaneceu a ideia que somente aos trabalhadores o direito deveria ser garantido. Isso foi um grande problema para os

habitantes das zonas rurais, já que estes, por não serem trabalhadores formais, não contribuía com o seguro social, então, recebiam assistência médica de instituições de caridade ou de serviços oficiais. Logo, quem recebia os serviços de maior qualidade eram os trabalhadores contribuintes e aos desempregados e trabalhadores informais eram oferecidos serviços nitidamente inferiores, os quais ficavam sob a responsabilidade do Ministério de Educação e Saúde Pública. (SOUZA, 2011)

Historicamente, percorremos diversas etapas para a construção da saúde pública do Brasil, tais como a criação do Primeiro Conselho de Saúde em 1948, a criação, em 1949, do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), mantido pelos institutos e caixas ainda remanescentes. O ano 1953 foi marcado pela construção de hospitais públicos e a criação do Ministério da Saúde. Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), incorporando os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária, peste.

No final da década de 50, a assistência médica previdenciária não era a maior preocupação; os técnicos do setor a consideravam secundária no sistema previdenciário brasileiro, e os segurados não faziam dela parte importante de suas reivindicações (SOUZA, 2011).

No ano de 1960, foi promulgada a lei 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, que veio estabelecer a unificação do regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, excluindo os trabalhadores rurais, os empregados domésticos, os servidores públicos e de autarquias todos aqueles que tivessem regimes próprios de previdência. Os trabalhadores rurais só viriam a ser incorporados ao sistema três anos mais tarde, quando foi promulgada a lei 4.214 de 02 de março de 1963, instituindo o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) criados a partir do primeiro governo Vargas encontravam-se em situação de insolvência quando o governo militar, em 1964, instituiu uma comissão para reformular o sistema previdenciário, que culminou com a fusão de todos os IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado por Eloah Bosny, em 1966, uniformizando os benefícios de seus contribuintes e eliminando o modelo de gestão com o tripé: união, empregadores e empregados (SOUZA, 2011).

Os institutos atendiam parcelas específicas da população, o INPS passou a priorizar a contratação de serviços privados para o atendimento de seus beneficiários. O modelo de remuneração por unidade de serviços (US) postos em prática pelo INPS para pagamento de serviços prestados tornou-se altamente danoso por incentivar a corrupção, ampliando de forma desmesurada procedimentos médicos desnecessários e impedindo qualquer planejamento. No que diz respeito à saúde pública, o período foi marcado por uma nova crise de recursos e pelo enfraquecimento da capacidade de ação do Ministério da Saúde (SOUZA, 2011).

Foi então criado, em 1977, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal, com os programas de assistência médica a cargo do INAMPS; foram organizados para manter a compatibilidade com o Sistema Nacional de Saúde. Desde sua criação, o INAMPS foi organizado de forma que em cada estado da federação houvesse uma Superintendência a nível Regional e municipal (SOUZA, 2011, BRASIL, 1977).

A assistência à saúde permaneceu, durante muito tempo, como um lugar em que o Estado prestava seus serviços somente aos trabalhadores contribuintes, fato este que realmente só mudou a partir do movimento sanitário em 1978 (MENEZES GONÇALVES, 2012).

2.4.3 O Movimento da Reforma Sanitária no Brasil

Com o fim do ciclo de forte crescimento econômico, foi desencadeada a ampliação das tensões sociais e o surgimento de diversas formas de mobilização popular por transformações políticas e mudanças nas condições sociais, originando os primeiros passos do movimento pelas reformas da saúde pública no Brasil. Assim, a partir de meados da década de 1970, foi sendo organizado o chamado movimento sanitário, com propostas inovadoras no sentido de um sistema de saúde universal e de caráter igualitário (PAIM, 2008).

✓ **Cebes**

Em julho de 1976, um grupo de sanitaristas da Universidade de São Paulo com o objetivo de editar um periódico de saúde especializado. Instituiu-se o Centro

Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e em conjunto com outras entidades formou-se o movimento da reforma sanitária brasileira. A partir de então o periódico Saúde em Debate tornou-se um dos principais veículos de difusão do ideal do movimento pela reforma da saúde no Brasil (PAIM, 2008).

✓ **Abrasco**

Em setembro de 1979, foi criada a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) como forma de organização dos programas de pós-graduação no campo da saúde pública, da medicina social e da saúde coletiva. No mês Outubro do mesmo ano, foi realizado o primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados, um evento que reuniu as principais lideranças das várias tendências do movimento. As principais discussões ocorridas nesse encontro tomaram com base em um texto produzido pelo Cebes e por pesquisadores do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que buscava sintetizar as principais reivindicações do movimento sanitário (PAIM, 2008).

O documento aprovado neste simpósio estabelecia princípios centrais que seriam adotados pela reforma sanitária, como o direito universal à saúde, o caráter intersetorial dos determinantes da saúde, o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde, a descentralização, a regionalização, a hierarquização do sistema, a participação popular, o controle democrático e fundamentalmente a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 1980).

A partir desse período, com o ingresso de diversas lideranças do movimento sanitário em cargos diretivos do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), consolidava-se a ideia da necessidade de aproximação coordenada ou fusão de medicina previdenciária e saúde pública (PAIM, 2008).

Tanto os movimentos médicos como o popular tiveram, segundo essa perspectiva, grande importância na ampliação da discussão sobre a reforma da saúde. Eles ajudaram a formatação do movimento sanitário.

2.4.4 Um novo conceito de saúde

Com a evolução de um novo conceito de saúde, tornou-se necessária a adequação do sistema para a nova realidade social. Na década de 80, com a abertura política e o processo de redemocratização, a discussão sobre o sistema de saúde ganha mais força.

✓ **CONASP**

Criado em 1981, o Conselho Consultivo de Administração Previdenciária (CONASP), através do Decreto 86.329, como órgão do Ministério da Previdência Assistência Social. É criado em função da necessidade de revisão das formas de organização da assistência médica previdenciária diante do imperativo da contenção das despesas da previdência social com a assistência médica, numa conjuntura de aguda crise financeira do sistema previdenciário (BRASIL, 1982).

O Conasp elabora o "Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social", tendo, segundo Muller Neto, como alguns dos principais objetivos: "prioridade às ações primárias, ênfase na assistência ambulatorial; integração das instituições (federais, estaduais, municipais) em um sistema regionalizado e hierarquizado, com maior aproveitamento da rede pública de serviços básicos já existentes através de convênios trilaterais; racionalização dos gastos com serviços contratados na área hospitalar, através do aperfeiçoamento dos mecanismos de controle e pagamento das contas hospitalares, com a simplificação do mecanismo de pagamento a terceiros", entre outros (MULLER NETO, 1991, p. 61).

Tem início, então, o pagamento por procedimentos no lugar do pagamento por unidades de serviço, além da introdução de mecanismos de auditoria técnica, com o intuito de reduzir o superfaturamento resultante da multiplicação dos atos médicos prestados (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Em 1984, surgem ações Integradas de Saúde (AIS), estratégia instituída pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação das Ações de Saúde (CIPLAN), segundo as orientações e pressupostos do Plano Conasp. Consistiam numa "estratégia de integração programática entre as organizações de saúde de nível federal, estadual e municipal" (CASTRO; VIANA, 1992, p. 23) que incluía também os diversos prestadores de serviços nas três esferas.

Objetivos: estruturação de sistemas estaduais de saúde com alto grau de resolutividade; desenvolvimento de capacidade gerencial dos serviços a nível local e regional; integração da alocação de recursos oriundos de

diversas fontes; valorização dos recursos humanos participantes da equipe de saúde; planejamento da intervenção através do desenvolvimento de parâmetros técnica e financeiramente viáveis e adaptados às condições locais; orientação da pesquisa e das atividades das instituições de ensino para as necessidades de saúde em cada região (CASTRO; VIANA, 1992, p. 23).

Em 1986, março - Realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, promovida pelo Ministério da Saúde, com a participação de diversos setores organizados da sociedade. A Conferência foi preparada por pré-conferências estaduais e municipais, e três dentre os principais temas debatidos foram: saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor. Segundo Castro, Viana (1992) era consensual o fato de que uma reforma administrativa e financeira não seria suficiente para que se alterasse o sistema de saúde vigente; o que se propunha era uma "ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária" (p. 89), isto é, a intervenção do Estado visando à garantia da saúde da população não deveria se restringir às políticas de saúde, mas articular as demais políticas, para com isso alterar as condições de vida de modo mais amplo.

2.4.5 O Sistema Único para o Desenvolvimento da Saúde

Em 1987, foi então criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos estados, como uma política de curto prazo uma transição para o SUS. Dados os compromissos da Nova República de resgate da dívida social, os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social constituíram as bases de uma política comum, de curto prazo, por entender a necessidade de estabelecer uma forma coerente com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária (BRASIL, 1987; PAIM, 2008).

No programa do Sistema Único para o Desenvolvimento da Saúde (SUDS), a etapa a ser cumprida para a unificação do sistema tem expressão na mudança de lugar do MPAS-INAMPS na condução do setor. O INAMPS deverá passar por uma redução de sua estrutura e redefinição de suas funções.

Os objetivos apresentados como prioritários eram: universalização do atendimento; redefinição dos princípios de integração, integralidade, hierarquização, regionalização do sistema de saúde, e controle social, assim como maior agilidade da máquina administrativa, visando maior eficácia a curto prazo (NUCLEO DE ESTUDOS DE POLITICAS PUBLICAS, 1989, p. 236).

Segundo Viana (1994), os objetivos seriam os seguintes: descentralização das decisões políticas, superação da dicotomia entre ações curativas e preventivas, regionalização e hierarquização da rede, além de um melhor desempenho do setor público, controle do setor privado, resolutividade, integralidade e universalização do atendimento. Privilegiava-se, ainda, um planejamento ascendente, iniciado nos municípios, passando pelos estados e seus respectivos sistemas de saúde, chegando à União, que seria responsável pela política nacional de saúde (INOJOSA, 1998). Segundo o modelo previsto, o sistema a ser organizado teria os serviços primários sob o controle das prefeituras e os secundários e terciários seriam controlados pelos Estados.

Muller Neto (1991, p. 62) destaca os seguintes pontos consensuais em relação ao SUDS: sua implantação foi importante na reforma administrativa do setor, introduzindo elementos racionalizadores e tendo, também, consequências políticas, com o desmonte da máquina previdenciária e a alteração da correlação de forças até então vigente. Não se alterou, contudo, o modelo assistencial.

O setor privado vinculado à Previdência resistiu às alterações propostas pelo SUDS por isso implicar uma maior alocação de recursos no próprio setor público e porque a negociação da compra de serviços deixava de se dar apenas no nível central, tendo que ser feita em cada estado — o que enfraqueceria a capacidade de pressão do setor (DRAIBE; VIANA; SILVA, 1990 *apud* MULLER NETO, 1991, p. 62).

Segundo o mesmo autor, a atuação dos Estados foi variada e houve, em graus diversos, práticas clientelistas e centralizadoras por parte dos governos estaduais em relação aos municípios. Por outro lado, o papel dos governos estaduais foi importante para garantir a continuidade do processo, sobretudo durante 1988 e 1989, com a substituição da presidência do INAMPS (saída de Hésio Cordeiro), isto é, do grupo dirigente que deu início à implantação do SUDS.

A partir da promulgação da nova Constituição Federal do Brasil, em 1988³, a saúde se torna “Um direito de todos e um dever do Estado: Promover, Cuidar, Prevenir e institui a Participação social” (BRASIL, 1988) ³.

2.4.6 Sistema Único de Saúde

A Constituição estabelece a saúde como um direito social universal, a ser garantido pelo Estado; é criado o SUS, que deve organizar as ações e serviços de saúde de modo descentralizado e com direção única em cada esfera de governo, além das diretrizes de atendimento integral e participação da comunidade. O novo formato de saúde, que unificou todo o sistema, foi instituído em 9 setembro de 1990, através da lei 8.080.

O setor privado participa do SUS de modo complementar, o município, na condição de ente da federação, tem como competência a prestação de serviços de atendimento à saúde da população, com cooperação técnica do estado e da União Lei 8.080/90, seção II, art.16, 17, 18 (BRASIL, 1990). Destaca-se que, no texto constitucional, apesar da ênfase dada ao novo papel do município, a divisão de competências não é, contudo, clara. De modo geral, predomina como atribuição federal a normatização e o planejamento, e a execução dos serviços como atribuição dos estados e, sobretudo, dos municípios.

O dever do Estado para a garantia de um sistema de saúde de qualidade 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 serviços para a sua promoção, proteção e recuperação Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990, p. 02; 01). Finalmente, o SUS tem que se dedicar às ações de assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

³ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

Promoção de saúde, segundo o Glossário temático do Ministério da Saúde, é:

Uma das estratégias de produção de saúde que, articulada às demais estratégias e políticas do Sistema Único de Saúde, contribui para a construção de ações transversais que possibilitem atender às necessidades sociais em saúde.

Notas:

i) A promoção da saúde é uma das prioridades do Pacto pela Vida para a construção de uma abordagem integral do processo saúde-doença e tem como foco o enfrentamento dos problemas de saúde baseado no reconhecimento dos determinantes sociais da saúde na sua produção.

ii) A promoção da saúde deve dialogar com as diversas áreas do setor sanitário, com outros setores do governo e com a sociedade, para que sejam partícipes no cuidado com a vida, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade (BRASIL, 2013, p. 29).

O objetivo da Política Nacional de Promoção de Saúde é: “A qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2010, p.17).

Segundo a cartilha ABC do SUS Doutrinas e Princípios, de acordo com Brasil (1990, p. 9; 10):

No campo da promoção, são exemplos de ações: educação em saúde, bons padrões de alimentação e nutrição, adoção de estilos de vida saudáveis, uso adequado e desenvolvimento de aptidões e capacidades, aconselhamentos específicos, como os de cunho genético e sexual. Através dessas ações, são estimuladas as práticas da ginástica e outros exercícios físicos, os hábitos de higiene pessoal, domiciliar e ambiental e, em contrapartida, desestimulados o sedentarismo, o tabagismo, o alcoolismo, o consumo de drogas, a promiscuidade sexual. No desenvolvimento dessas ações devem ser utilizados, de forma programática e sistemática, com emprego de linguagem adequada ao público-alvo, os diferentes meios e veículos disponíveis de comunicação ao alcance da comunidade: cartazes, rádio, jornal, televisão, alto-falantes, palestras e debates em escolas, associações de bairro, igrejas, empresas, clubes de serviço e lazer, dentre outros.

No campo da proteção, são exemplos de ações: vigilância epidemiológica, vacinações, saneamento básico, vigilância sanitária, exames médicos e odontológicos periódicos, entre outros. Através da vigilância epidemiológica, são obtidas as informações para conhecer e acompanhar, a todo momento, o estado de saúde da comunidade e para desencadear, oportunamente, as medidas dirigidas à prevenção e ao controle das doenças e agravos à saúde.

Ações de recuperação - esse grupo de ações envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças, acidentes e danos de toda natureza, a limitação da invalidez e a reabilitação. Essas ações são exercidas pelos serviços públicos de saúde (ambulatoriais e hospitalares) e, de forma complementar, pelos serviços particulares, contratados ou conveniados, que integram a rede do SUS, nos níveis federal, estadual e municipal, particularmente nos dois últimos, onde deve estar concentrada a maior parte dessas atividades. De todo modo, nesses serviços as ações típicas são: consultas médicas e odontológicas, a vacinação, o atendimento de enfermagem, exames diagnósticos e o tratamento, inclusive em regime de internação, e em todos

os níveis de complexidade. A realização de todas essas ações para a população deve corresponder às suas necessidades básicas, e estas transparecem tanto pela procura aos serviços (demanda), como pelos estudos epidemiológicos e sociais de cada região (planejamento da produção de serviços).

A reabilitação consiste na recuperação parcial ou total das capacidades no processo de doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional. Com essa finalidade, são utilizados não só os serviços hospitalares como os comunitários, visando a reeducação e treinamento, ao reemprego do reabilitado ou à sua colocação seletiva, através de programas específicos junto às indústrias e ao comércio, para a absorção dessa mão-de-obra. As ações de recuperação da saúde, na maior parte das vezes podem e devem ser planejadas, através de estudos epidemiológicos, definição de cobertura e concentração das ações ambulatoriais e hospitalares, aplicando-se parâmetros de atendimento. No caso da atenção a grupos de risco, a previsão e planejamento destas ações tornam-se conjugadas às ações de promoção e proteção. Assim vistas, as ações de recuperação da saúde devem ser também geradas no diagnóstico e tratamento científico da comunidade, integrando junto às ações promotoras e protetoras, o que podemos chamar de moderna Saúde Pública (BRASIL, 1990, p. 9;10).

O SUS tem como objetivo principal formular e implantar a política nacional de saúde destinada a promover condições de vida saudável, prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população e assegurar o acesso equitativo ao conjunto dos serviços assistenciais para garantir atenção integral à saúde.

A atuação do sistema abrange um conjunto de serviços e ações de:

1. Vigilância em saúde, em que se inclui a vigilância ambiental, inclusive dos ambientes de trabalho, a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica e a vigilância nutricional;
2. Assistência que integra a atenção básica, a atenção especializada ambulatorial e a atenção hospitalar em seus vários níveis de complexidade;
3. Prestação de assistência terapêutica integral, com destaque para a assistência farmacêutica;
4. Apoio diagnóstico e de terapia (Sadt) na assistência à saúde e nas investigações de interesse da vigilância em saúde pública;
5. Formulação e execução da política de sangue e seus derivados e a coordenação das redes de hemocentros;
6. Regulação da prestação dos serviços privados de assistência à saúde;
7. Definição e implementação de políticas de Ciência e Tecnologia para o setor saúde, incluindo a definição de normas e padrões para a incorporação tecnológica;
8. Promoção da saúde em articulação intersetorial com outras áreas e órgãos governamentais (BRASIL, 2005b, p.293).

Em 7 janeiro de 1991 foi publicada a Norma Operacional Básica (NOB-SUS) com objetivo de fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do SUS. A NOB foi elaborada, em conformidade com as Leis n. 8.074/90 e 8.080/90, que dispõem como atribuições dos Conselhos de Saúde a

formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde na sua instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, a aprovação dos Planos de Saúde em cada esfera de governo de sua atuação e a fiscalização da movimentação dos recursos repassados às Secretarias estaduais, municipais e aos Fundos de Saúde. Quanto às transferências de recursos, a NOB define como critério para aquele ano o critério populacional e a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) como parâmetro de reajuste.

Segundo o Capítulo II da Lei 8.080/1990 os Princípios e Diretrizes que norteiam o SUS são:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

- Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

- Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade

significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

- Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 1990).

Na luta ideológica pela construção de uma saúde pública de valor, que só poderia ser concretizada por meio do processo de transformação da sociedade, que é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários, precisamos pensar no processo político e econômico para conceber essa nova constituição do sistema de saúde. Na base do processo de criação do SUS, encontram-se o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde.

Nesse sentido, o SUS, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde. No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde (BRASIL, 2011, p. 10).

É fundamental que as intervenções em saúde ampliem seu propósito, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes sociais, de modo que a atenção e o cuidado envolvam, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecimento, com o olhar ampliado para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, tendo efeito sobre as condições de vida das pessoas e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte das comunidades no espaço onde vivem e trabalham (SANTANA, 2010).

O entendimento da integralidade ao longo dos anos passou a englobar outras dimensões, aumentando a responsabilidade do sistema de saúde com a qualidade da atenção e do cuidado. A integralidade envolve as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação

com os usuários; ela não fixa a atenção no adoecimento e em seus sintomas, mas sim no acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades (SANTANA, 2010).

Apesar dos avanços e conquistas na saúde pública, a especialização do cuidado distanciou os profissionais de saúde nos processos do cuidado integral, como também sobre o que pensam os usuários, outros trabalhadores e gestores da saúde, o que se configurou como um problema na construção do modelo de saúde sonhado, chegando, algumas vezes, a diminuir o acesso dos usuários ao sistema (SANTANA, 2010).

A formação dos profissionais de saúde nesse novo sistema teve, no decorrer dos anos, várias estratégias de operacionalização:

- Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAs),
- Norma Operacional Básica (NOBs)
- Pacto de Gestão

Algumas estratégias importantes para a reorganização e a humanização do sistema foram implantadas, entre elas:

- Estratégia Saúde da Família,
- Política Nacional de Humanização,
- Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), entre outras.

Essas estratégias foram implantadas principalmente para contribuir na reorientação do modelo, investindo na integralidade da atenção à saúde, em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS. Isso implica em novas dinâmicas de atuação nas unidades de saúde, com redefinição de responsabilidades entre os serviços e gestores, os trabalhadores e a pessoa usuária (SANTANA, 2010).

Apesar de muitos avanços na formação dos profissionais de saúde para o cuidado integral, o perfil ainda demonstra uma qualificação insuficiente para uma mudança real das práticas. Há uma necessidade crescente de educação para a saúde com o objetivo de refletir seu perfil na atuação para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS (SANTANA, 2010).

2.4.7 Integralidade na saúde

No campo da saúde, dentro das instituições de atendimento ao usuário, a atenção depende da conjugação do trabalho de vários profissionais; o cuidado prestado são produtos de grande número de pequenos cuidados parciais que vão se completando explicita ou implicitamente.

A partir do início do século XX, começaram as mudanças no ensino e nas práticas da saúde no Brasil. Em contraposição ao modelo biomédico, introduziu-se a construção de um modelo biopsicossocial, que ganhou impulso a partir de contribuições que emergiram de diversas áreas de conhecimento. Neste movimento amplo de implantação do modelo de atenção biopsicossocial em saúde, e o enfrentamento para uma ruptura com o ainda forte modelo biomédico, desenvolvemos uma série de ações que incorporam as características do processo em educação permanente em saúde (MARCO, 2003).

O Brasil não realizou uma reforma sistêmica do sistema hospitalar, optando por desencadear medidas complementares, mas relativamente isoladas, acarretando um menor efeito nas políticas públicas no atendimento, já que programas isolados tendem a não demonstrar a possibilidade de um novo rumo (BRASIL, 2004a).

A organização do processo de trabalho em hospitais ou unidades de saúde que operam através de modalidades ambulatoriais tende a apresentar uma maior integração das disciplinas, predominando o atendimento multidisciplinar (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

A forma como são articuladas as práticas de cuidado no ambiente oferece maior ou menor integralidade à atenção produzida. O maior desafio, na atualidade, é conseguir coordenar adequadamente este conjunto diversificado, especializado e fragmentado de cuidados individuais transformando o atendimento ao usuário em um cuidado integrado, eficaz e de melhor qualidade (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Não se pode limitar o entendimento de integralidade na saúde, uma vez que os documentos norteadores das políticas públicas apresentam como conceito abordado diferentes pontos de vista e concepções. A Constituição Federal de 1988 afirma ser “dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação”, um dos princípios do SUS é o

atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais. Nota-se em comum, nos documentos norteadores, a articulação de diversas dimensões das ações e dos serviços em saúde, tais como: promoção, proteção e recuperação, bem como atividades preventivas e assistenciais (MATTOS, 2004).

Segundo a lei 8.080/90 no cap.II, art. 7º integralidade é: “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” (BRASIL, 1990).

Suas origens remontam à própria história do Movimento de Reforma Sanitária brasileira, que, durante as décadas de 70 e 80, abarcou diferentes movimentos de luta pelas melhores condições de vida, de trabalho na saúde e na formulação de políticas específicas de atenção aos usuários, bem como o modo de organizar as práticas a problemas específicos socioeconômicos e de saúde. A integralidade permite a percepção integral da pessoa, considerando o contexto histórico, social, político, familiar e ambiental em que se insere. A atenção integral é, ao mesmo tempo, individual e coletiva, inviabilizando, portanto, ações dissociadas, evidenciando, assim, a necessidade de articulação entre a equipe multiprofissional (SANTANA, 2010).

É importante ressaltar a compressão de Mattos (2004, p.141), sobre integralidade:

Um primeiro aplicado a características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde. Aqui, a integralidade se referia sobretudo à abrangência dessas respostas governamentais, no sentido de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais. Um segundo conjunto de sentidos era relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde. Um terceiro era voltado para atributos das práticas de saúde.

O entendimento a respeito da integralidade percorre a temática da formação profissional. Neste universo que também são desenvolvidas novas visões das práticas de saúde, voltadas para a concretização da integralidade no cuidado da saúde, tendo como base as diversas competências exigidas no processo de trabalho em saúde (MATTOS, 2004).

A formação dos profissionais de saúde deve ter o compromisso e a intencionalidade de ter a concepção de integralidade articulada à formação das

redes sociais de colaboração nos currículos dos diferentes profissionais da área da saúde, a fim de, desde a formação, os profissionais que formam o SUS trabalhem a partir de um novo paradigma, como afirmam Silva e Sena (2006, p. 490):

A mudança na graduação sob o eixo da integralidade implica compreender a dimensão ampliada da saúde, a articulação de saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares e a alteridade com os usuários para a inovação das práticas em todos os cenários de atenção à saúde e da formação profissional.

Segundo Mattos (2004, p. 39) pode-se identificar:

- Crítica a uma visão de saúde fragmentada, reducionista, especialista. Superação do modelo biológico de saúde para integração bio-psico-social.
- Superação do modelo centrado na doença.
- Articulação entre diferentes saberes ou campos de conhecimento.
- Articulação entre ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação.
- Articulação entre diferentes ações, serviços e instituições.
- Articulação entre necessidades individuais e sociais ou coletivas, tanto para compreensão dos processos de produção saúde-doença, quanto para definição de estratégias de intervenção.
- Ampliação das possibilidades de intervenção, diante de necessidades de indivíduos e grupos populacionais, visando qualidade de vida.
- Articulação de políticas públicas que garantam acesso aos recursos dos diferentes níveis de atenção à Saúde.
- Reorganização dos processos de trabalho.

Para o avanço de um sistema de saúde democrático, que integre o processo social e político voltado para os diferentes problemas da população, é necessário o avanço e desenvolvimento das reflexões teóricas, abrangendo a educação em saúde através dos programas e pesquisas.

Segundo Campos (2007b), a alteração do trabalho exigirá uma transformação nos meios de intervenção, sejam eles diagnósticos ou terapêuticos. Cuidar de pessoas, com profundidade, ou seja, ampliando o olhar para a sua vivência social e subjetiva e não somente biológica, é um desafio para os profissionais da saúde em geral, inclusive para a terapêutica realizada em hospitais. Para que o diagnóstico consiga considerar a vulnerabilidade, a equipe deverá colher dados e analisar o problema de saúde encarnado em uma pessoa em um determinado contexto, para esse fim. Além de utilizar a semiologia tradicional, será necessário associar elementos da história de vida de cada pessoa, identificando fatores de risco e de proteção.

O tratamento não se limitará aos resultados obtidos através dos fármacos e da cirurgia, expandindo os recursos, como, por exemplo, valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial, para dar corpo à nova concepção da saúde.

2.5 O novo paradigma em saúde: Do multiprofissional ao interdisciplinar

Uma nova concepção e mudança nas formas de ver, pensar e de fazer saúde estão presentes no processo. Desde os primeiros pensadores que deram origem ao SUS, fez-se necessária uma mudança de olhar na formação da medicina e de outras profissões, que antes viam o indivíduo somente sob o foco da biologia, mas passaram a reconhecer os aspectos culturais, sociais e econômicos da população.

Os novos paradigmas reivindicam a superação da fragmentação do pensamento e das ações, em busca de uma visão integralizadora do humano e de seu ambiente, como podemos constatar resgatando um dos conceitos do SUS,

A Saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); o meio socioeconômico e cultural (ocupação, renda, educação, etc.); fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.) e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990, p. 8).

Diante deste olhar sobre a saúde, surge a necessidade da busca de integração com outras disciplinas, porém o processo de transição geralmente é marcado por períodos de adaptação e construção histórico-social e encontra algumas resistências às mudanças características aos novos paradigmas, uma vez que hábitos e tradições encontram-se enraizados na cultura e nas diferentes formas de organização individual e social. Assim, as transformações se processam de forma lenta (BOURDIEU, 1983).

Embora o termo geralmente utilizado no campo da saúde “equipe multiprofissional” conduza a um pensamento sobre o agir lado a lado, refletimos sobre os processos de trabalho nas relações de interação e integração entre as disciplinas e os trabalhadores (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

O trabalho da equipe multidisciplinar visa avaliar o indivíduo de maneira independente, executando seus planos de tratamento, logo, não há um trabalho coordenado por parte dessa equipe ou uma identidade grupal. Os primeiros trabalhos multiprofissionais surgiram nas décadas de 1930/1940 e estavam ligados à área de saúde mental. Na década de 1960, houve um desenvolvimento quantitativo na força de trabalho em saúde; esses fatos decorreram da proposta de humanização na atenção ao doente mental, do aumento da demanda por serviço de saúde e da incorporação de tecnologias cada vez mais complexas (CAMPOS, 1992).

A multiprofissionalidade é considerada uma estratégia que orienta e possibilita a realização de assistência integral. Muito se confunde com interdisciplinaridade, mas a primeira retrata uma composição de diversas disciplinas, onde cada profissional atuará de acordo com o seu saber especializado e o processo terapêutico é fragmentado. A segunda, por sua vez, implica na interação entre duas ou mais disciplinas, sendo que essa interação se reflete na integração de conceitos-chave, na epistemologia e na organização da pesquisa e do ensino (CAMPOS, 1992).

A interdisciplinaridade, segundo a socióloga Minayo (2010, p. 435), consiste em uma articulação entre várias disciplinas, tendo como foco o problema, para o qual não basta a resposta de uma área, mas uma estratégia para compreender, interpretar e explicar temas complexos que, no caso do SUS, envolve pessoa usuária do sistema.

Para Morin (2011) interdisciplinaridade caracteriza-se por diferentes disciplinas reunidas, porém cada uma afirmando seus próprios direitos e suas próprias soberanias em relação às outras disciplinas; pode também querer dizer troca e cooperação, transformando-se, assim, em algo orgânico.

O trabalho em equipe é considerado como uma fonte de aprendizado por permitir o contato com outras experiências através do diálogo profissional e das discussões de casos. O fato é que cada profissional tem uma percepção diferente da situação e estas percepções facilitam a compreensão do todo, permitindo um novo olhar sobre o indivíduo (CAMPOS, 1992).

Não se sabe, em princípio, quais são as disciplinas que devem compor uma abordagem interdisciplinar, pois quem as definirá será o próprio contexto de atuação, a partir da sua complexidade, como afirma Minayo (2010, p. 436) “Nesse

sentido, a interdisciplinaridade não pode ser vista como uma camisa de força para juntar pessoas, e nem para acomodar interesses, ela ultrapassa a multidisciplinaridade e a multiprofissionalidade e, ao mesmo tempo, conta com elas”.

O diálogo e a reflexão na prática da saúde coletiva ou individualizada conduzem a um caminho para que os profissionais se envolvam no processo de construção da integralidade do cuidado, necessitando se preparar para oferecer, de forma conjunta, ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde (MINAYO, 2010).

Para isso, eles precisam refletir criticamente sobre seu processo de trabalho, viabilizando estratégias para o reconhecimento de suas práticas integrais e uma abertura da educação permanente em saúde para educação Interprofissional. Essa estratégia reflexiva busca a articulação entre políticas de educação e saúde, objetivando a aproximação entre a subjetividade e a prática dos trabalhadores com o direcionamento de um usuário contextualizado a partir de suas necessidades sociais em saúde (MINAYO, 2010).

Segundo Japiassu (2006), espírito interdisciplinar pressupõe que reconheçamos possuímos qualidades de coração, entusiasmo que representam as raízes da inteligência e que devemos renunciar se não ao desejo de dominação pelo saber, pelo menos, à manipulação totalitária do discurso da disciplina. Não podemos dialogar com quem é, em absoluto, a causa ou a verdade que defende. Em geral, o especialista tenta impor a causa de sua especialidade como se fosse a resposta a todo questionamento; ou identificar seu discurso com a origem de tudo.

Atualmente, uma instituição que se ocupe em prestar serviço de saúde deverá desenvolver um novo olhar sobre seus usuários, um olhar mais amplo do que aquele exigido pela antiga concepção de saúde, cujo enfoque principal era a doença e estratégias de cura. O trabalho em equipes interdisciplinares, na saúde coletiva, remete à complexidade e promove experiências que exigem o encontro entre as fronteiras disciplinares, as diferenças e as vulnerabilidades dos agentes sociais (MINAYO, 2010).

De acordo com Silva Júnior, Pontes e Henriques (2006), o trabalho em saúde tem como característica o encontro entre pessoas que trazem um sofrimento ou necessidades e outras pessoas que dispõem de um conhecimento específico ou de recursos instrumentais que podem ajudar a solucionar os problemas. Nesse

encontro, são mobilizados sentimentos, emoções e identificações que dificultam ou facilitam a aplicação dos conhecimentos do profissional na percepção das necessidades de atenção ou interpretação das demandas trazidas pelo usuário.

A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo refletem na discussão relacionada à prática da integralidade nas ações de saúde. Um trabalho em equipe com pretensões interdisciplinares põe em prova a capacidade de diálogo e de comunicação entre os profissionais, o que revigora os saberes de cada profissional e tem efeito na qualidade e eficiência da assistência a pessoa usuária. Além disso, o trabalho busca, assim, ampliar a finalidade do trabalho clínico, para conquistar a produção de saúde, por meios preventivos, terapêuticos e de reabilitação, podendo também contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários, para que se entenda que a busca de saúde também é uma busca de cidadania.

2.5.1 Saúde e cidadania: a construção do direito

Visto que a participação popular na saúde traz a cidadania, a Constituição Federal se tornou um instrumento para a busca e execução dos direitos junto ao Estado, que é o gestor dos recursos, na alegação de que os indivíduos são iguais e a saúde é um bem e um direito a ser reclamado. Os usuários podem encontrar dificuldades nos enfrentamentos dentro dos espaços de controle social por apresentam uma relação desigual entre usuários, trabalhadores em saúde e Estado, onde as pressões populares devem ser traduzidas para termos da gestão, da mesma forma, que, em uma sociedade de classes (o poder dos desiguais), os indivíduos têm dificuldades de participação para exercer o controle sobre seus direitos de proteção, as questões relacionadas ao poder e ao conhecimento (BRASIL, 2001; MARTINS *et al.*, 2008).

A dificuldade da propagação da informação é um fator que limita o exercício da cidadania e já foi discutida por Martins *et al.* (2008) como um aspecto necessário para o exercício democrático do controle social e da participação popular, bem como forma de democratizar a informação, ou seja, um compartilhamento do que é público e deve ser utilizado por todos.

O SUS está baseado na premissa de que a saúde é um direito universal e é de responsabilidade do Estado a garantia de meios para concretizar esse direito. Cabe citar, na íntegra, o texto constitucional que sustenta a universalidade do sistema, bem como a responsabilidade do Estado, trata-se do artigo n. 196 da CF/88:

A saúde é um 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 (BRASIL, 1990, p.1).

O movimento de mudanças da educação dos profissionais de saúde, as Diretrizes Curriculares Nacionais e as diretrizes do SUS colocam como perspectiva a existência de instituições formadoras com relevância social, comprometidas com as necessidades da população. Assim, a articulação entre educação superior e o sistema de saúde deve acompanhar o SUS, conforme consta na Constituição, na Lei Orgânica da Saúde e nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Portanto, fazer cumprir a responsabilidade do Estado do direito à saúde é um dos principais caminhos para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Nosso sistema de saúde é avançado e contém uma proposta ampliada no que diz respeito à extensão do campo de atuação. Assim, se a saúde for indissociável de outros setores, certamente poderemos promover o caminho necessário para a cidadania, onde o indivíduo torna-se conhecedor de seus direitos e também responsável por seu bem-estar (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Na construção da lei do SUS, foram previstos os Direitos e Deveres dos Usuários do sistema, mas, ao longo dos anos, foram necessários um reforço e um aprimoramento desses direitos e deveres, através de políticas e programas. Para a construção dessa nova concepção de saúde, que tem em seus princípios um olhar mais humanizado, tornou-se urgente e necessário investir na educação profissional.

Desde o começo da sua existência, o ser humano vive em um ciclo constante de aprendizado, que é parte inerente do seu cotidiano, ou seja, através do aprendizado promovemos ações e através das ações promovemos o aprendizado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Piaget (1996) afirma que o indivíduo está constantemente interagindo com o meio ambiente e essa interação resulta em uma mudança contínua, chamada de

adaptação. É no processo de construção do conhecimento e na aquisição de saber que essa aprendizagem tem um vínculo direto com o meio social, que envolve não só as condições de vida do indivíduo, mas também a sua relação com o ambiente.

A saúde é elemento de cidadania, como está descrito no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), que é respaldo para uma definição de que o Direito à Saúde é um Direito Humano essencial, constituindo a essência na natureza de um ser, absolutamente necessária, indispensável, é o direito mais importante para a preservação vida humana (VAITSMAN *et al.*, 2005).

O direito à vida está associado ao direito à saúde, alicerçado pelo princípio da dignidade da pessoa humana, para que possibilite minimamente uma existência digna, interpretada à luz de uma humanização concreta e eficiente.

A realidade vivida em nossa sociedade reporta a uma opção mais heterogênea e frágil dos direitos civis, marcada pela instabilidade político legislativa; não contribui para o amadurecimento da cidadania plena. O perfil que vigora no Brasil aponta para a existência de uma grande parcela da população à margem da comunidade político governamental, o que certamente tem implicações em nosso padrão de intervenção pública e integração social (CARVALHO, 2004).

Entende-se que o esforço de uma Lei é não ser direcionada para apenas um grupo, ficar somente escrita e não lida, construindo um vazio, tornar essa lei pública e aplicada é o grande desafio na efetivação dos direitos, a coordenação e a cooperação das três esferas do governo devem fazer com que o direito à saúde digna, deixe de ser um discurso vazio e passe a transcender da norma pura da lei para se revelar nas políticas públicas refletindo no bem comum, pois não tem fator mais pernicioso para uma cidade, do que possuir uma população doente e carente de si mesmo (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Como se entende, a saúde já não esta centrada na terra dos adultos ou crianças e dos pobres ou ricos, mas projetada no universo dos direitos do ser humano, sujeitos iguais em dignidade e direitos.

No continente Europeu, foram emitidos diversos documentos por organismos transnacionais desde o final dos anos 1970. Em 1979, a Comunidade Econômica Europeia se manifestou mediante a “Carta do Doente Usuário de Hospital”. A Carta afirmou o direito do paciente hospitalizado à autodeterminação, o direito para aceitar ou recusar os cuidados propostos pelos profissionais de saúde - tanto para

diagnóstico e para tratamento, como também a obrigatoriedade do fornecimento das informações sobre todos os fatos referentes ao estado de saúde.

Em 1984, ampliando o enfoque hospitalar dos outros documentos, o Parlamento Europeu adota a Carta Europeia dos Direitos do Paciente, na qual se encontram expressos, entre outros aspectos, o direito à informação sobre o tratamento e o prognóstico, o direito à consulta pelo usuário a seu prontuário médico, assim como o direito de consentir ou de recusar ser submetido a tratamentos.

A partir da década de 90, vários países membros da OMS assinaram declarações, em conjunto ou próprias, relativas a direitos de pacientes. Um dos objetivos da Declaração sobre a Promoção dos Direitos dos Pacientes na Europa e a implementação dos conceitos de respeito pelas pessoas e de promoção da equidade em saúde; o documento enfatiza o livre exercício da escolha individual e a necessidade de construção de mecanismos que garantam a qualidade do atendimento (VAITSMAN *et al.*, 2005).

Associados a esses movimentos, artigos de todas as décadas mostraram a necessidade de investir no trabalhador para a construção de uma assistência humana, considerando, inclusive, as condições adversas de trabalho apontadas como fatores "desumanizantes" (CASATE; CORRÊA, 2005).

No Brasil, a temática ligada à humanização do atendimento em saúde mostra-se relevante no contexto, uma vez que a atenção e o atendimento no setor saúde, embasada em princípios como a integralidade da assistência, a equidade e a participação social do usuário, demandam a revisão das práticas cotidianas com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes, que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário (CASATE; CORRÊA, 2005).

Foi necessário um reforço nas instituições para o cumprimento dos princípios norteadores do SUS relativo à participação do usuário e o respeito aos seus direitos no atendimento na saúde. As reivindicações e a legislação de direitos do usuário da saúde, além de expressarem transformações comuns a outros contextos da sociedade brasileira, são partes do processo de construção da democracia e da cidadania, tanto em relação ao papel do Estado, quanto da sociedade, através de suas organizações e associações (VAITSMAN *et al.*, 2005).

Embora o SUS tenha sido criado baseado nos princípios de equidade, integralidade e universalidade, sempre houve uma deficiência na divulgação dos direitos dos usuários, assim, estes princípios nem sempre foram respeitados. Humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas e, assim, criando condições para que tenham maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma (CASATE; CORRÊA, 2005).

Ainda em 1995, foi emitido importante documento, a “Cartilha dos Direitos do Paciente”, pelo Conselho de Saúde do Estado de São Paulo, a partir de estudos efetuados pelo Fórum Permanente de Patologias Crônicas. As diretrizes e os princípios dispostos foram inspiradores da lei estadual n. 10241, promulgada em março de 1999, relativa aos direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado (SÃO PAULO, 1999).

As normas deste ato legal expressam, entre outros, o direito dos usuários a ter um atendimento, segundo o art. 2º, itens I a VIII da Cartilha dos Direitos do Paciente do estado de São Paulo (1999):

- Digno,
- Atencioso,
- Respeitoso,
- Ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome
- Não ser identificado ou tratado por números, códigos ou de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso,
- Ter resguardado o segredo sobre seus dados pessoais, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública,
- Poder identificar as pessoas responsáveis, direta e indiretamente por sua assistência,
- Receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre hipóteses diagnósticas, diagnósticos realizados, exames solicitados e ações terapêuticas,
- Consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados,
- Acessar a qualquer momento o seu prontuário médico.

Essas iniciativas tiveram repercussões em outros estados brasileiros. Segundo Rech (2003), tratar as pessoas levando em conta seus valores e vivências como únicos, evitando quaisquer formas de discriminação negativa e perda da autonomia é preservar a dignidade do ser humano.

Em 2004, foi publicada a Política Nacional de Humanização a qual defende um atendimento resolutivo e acolhedor, combatendo a despersonalização a que são

submetidos os usuários dos serviços, garantindo-lhes seus direitos instituídos em códigos dos usuários (BRASIL, 2004b).

Consideramos difícil falar em humanização sem relacioná-la à ética, sendo esta última um dos instrumentos de que o homem lança mão para garantir a coesão social. Ética é a reflexão crítica sobre o comportamento humano, que interpreta, discute e problematiza os valores, os princípios e as regras morais, à procura do bom convívio social (FORTES, 2004).

Destacamos os princípios norteadores da política de humanização:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (BRASIL, 2004, p. 12)

Considerando o artigo 196 da Constituição de 1988, onde se descreve que: “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”, torna-se interessante que os profissionais e usuários do SUS passem a conhecer os direitos que lhes cabem para que possam reivindicá-los.

Os direitos dos usuários da saúde não são encontrados em código legal único, mas em diversos documentos que asseguram a dignidade ao ser humano no atendimento em saúde, tais como: Constituição Federal do Brasil, Código Civil Brasileiro, Código Penal Brasileiro, Código de Defesa do Consumidor, Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso, Lei dos Planos de Saúde e normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, códigos de ética das profissões, resoluções do Conselho Federal de Medicina, declarações internacionais de

princípios, normas de pesquisa com seres humanos, normas do Ministério da Saúde, legislação esparsa e jurisprudência. O Ministério da Saúde publicou, em 1999, uma Carta de direitos dos usuários, e, após sete anos, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2006b).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) apresentou ao cidadão brasileiro (profissional e não profissional da saúde), o conhecimento de seus direitos como usuário da saúde, esta edição da Carta foi publicada através da Portaria 675 do Ministério da Saúde, em 2006.

Os seis princípios básicos que compõem a Carta dos Direitos e Deveres em Saúde está descrito:

1. Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.
2. Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde.
3. Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.
4. Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde.
5. Toda pessoa tem responsabilidade para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção.
6. Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação (BRASIL, 2006b, p. 2).

Em 2009, o documento foi legitimado como a Carta os Direitos dos Usuários da Saúde, com os pilares ampliados e atualizados. O objetivo continuou o mesmo: informar a população brasileira sobre os seus direitos e sua responsabilidade na hora de procurar o serviço de saúde, de forma a assegurar o ingresso digno nos sistemas público e privado, ao tratamento adequado, ao acolhimento e humanização em seu atendimento (BRASIL, 2011).

Após o ano de 2009, este documento foi revisado e atualizado mais duas vezes - nos anos de 2011 e 2013. O presidente do Conselho Nacional de Saúde, Ronald Santos, anunciou, na abertura da 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde (CNLCS), realizada em abril de 2017, que a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde será atualizada por meio de uma consulta à sociedade, marcada para o período de 2 de maio a 2 de junho do ano de 2017. Foi publicada a Resolução CNS n. 553, em 09 de agosto de 2017, que aprova a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde e dispõe

sobre as diretrizes dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (2017, p. 1):

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 61ª Reunião Extraordinária, realizada no dia 9 de agosto de 2017, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e

- Considerando a necessidade de atualização da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, publicada por meio da Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, a partir da legislação e avanços do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde a organização e funcionamento dos serviços correspondentes;
- Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS;
- Considerando a Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;
- Considerando a Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência);
- Considerando a Lei nº 12.527 (Lei de Acesso à Informação), de 18 de novembro de 2011;
- Considerando a Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, que dispõe sobre a participação, a proteção e a defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública;
- Considerando o Decreto nº 6.040, de 07 de fevereiro de 2007, que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais;
- Considerando a Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;
- Considerando a Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais;
- Considerando a Portaria nº 2.866, de 02 de dezembro de 2011, que institui a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta;
- Considerando as Diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, de 2003;
- Considerando a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007;
- Considerando a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS), Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013;
- Considerando a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, Resolução CNS nº 363, de 11 de agosto de 2006;
- Considerando a Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC);
- Considerando as diretrizes estabelecidas nas Conferências de Saúde, nas esferas Municipal, Estadual e Nacional, e no Conselho Nacional de Saúde, em defesa do SUS e dos seus princípios;
- Considerando as proposições do Grupo de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde, que elaborou propostas e sistematizou as contribuições

da Consulta à Sociedade, realizada de maio a junho de 2017, para atualização da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde;

- Considerando que compete ao Conselho Nacional de Saúde o fortalecimento da participação e do controle social no SUS (artigo 10, IX da Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008).

Resolve:

Aprovar a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde anexa a esta Resolução.

Homologo a Resolução CNS nº 553, de 9 de agosto de 2017, com base no Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

A Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde será disponibilizada nos serviços do SUS e conselhos de saúde por meios acessíveis e na internet⁴ (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2017).

Segundo Zoboli (2003), o estado de saúde e doença em cada pessoa é vivenciado como condição única, enquanto que, para os profissionais de saúde, as situações individuais são vividas como casos de um pretense ponto de vista objetivo, dentro de parâmetros supostamente racionais e científicos.

Atualmente, os temas da humanização e a busca de qualidade vêm sendo amplamente discutidos, além de propiciar outras iniciativas que estão sendo realizadas, tais como a ampliação de mecanismos de informação e comunicação, através das ouvidorias nos hospitais e ambulatórios, que têm a função de garantir o direito de reclamação, recebendo e investigando queixas dos cidadãos, com relação ao desrespeito as leis e o mau atendimento em órgãos públicos. Os instrumentos de humanização podem auxiliar na melhoria da qualidade do serviço prestado e garantir os direitos do usuário do serviço de saúde (FORTES, 2004).

A ouvidoria é um forte canal de escuta e um espaço protegido para o cidadão fazer valer sua posição de sujeito e não objeto. Nos últimos anos, a UFRJ lançou cartas de esclarecimento sobre as ouvidorias, nas instituições hospitalares e de ensino (BRASIL, 2002).

O processo de humanização dos serviços de saúde destaca a participação ativado gestor, como um dos principais responsáveis por proporcionar condições

⁴ Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br>

adequadas para que os profissionais sejam valorizados e os usuários tenham seus direitos garantidos⁵ (FORTES, 2004).

Em muitas situações cotidianas, de acordo com Fortes (2004), os profissionais assumem, em nome de "fazer o bem", atitudes paternalistas e autoritárias, que já não percebem à vontade autônoma dos cidadãos e assim podem violar seus direitos.

A Carta de Direitos da Pessoa Usuária da Saúde se distingue por abordar, em seu conteúdo, a preocupação com a valorização, a capacitação e o desenvolvimento dos profissionais da saúde, no sentido amplo do cuidado.

As políticas de saúde devem proporcionar as condições necessárias para o exercício das tarefas cotidianas e devem criar condições para que os que cuidam possam também ter suas necessidades satisfeitas, com o objetivo de qualificar os profissionais para o atendimento com a dimensão psicossocial dos usuários e de suas famílias e o estímulo ao trabalho em equipe (FORTES, 2004).

De acordo com advogado Julio Cezar de Sá Rocha (1999), para vencer os obstáculos que surgem a cada dia na omissão das políticas públicas, na educação, na informação e no Direito contamos com a atuação dos profissionais, que têm se mostrados instrumentos valiosos e, com muita firmeza, destaca "A conceituação da saúde deve ser entendida como algo presente: a concretização da sadia qualidade de vida. Uma vida com dignidade. Algo a ser continuamente afirmado diante da profunda miséria por que atravessa a maioria da nossa população" (ROCHA,1999, p.121)

Na relação profissional e usuário, existe a emergência da subjetividade do outro através do acolhimento, do vínculo, da responsabilização que fazem parte da relação cotidiana; são as trocas de informações que constroem os vínculos e fortalecem a adesão ao tratamento, como afirma Rocha (1999, p. 122): "Conseqüentemente, a discussão e a compreensão da saúde passa pela afirmação

⁵ *Nota do autor: Mais uma vez aparece a importância do conceito de clínica ampliada, que de acordo com o Ministério da Saúde é: Uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização propõe para qualificar o modo de se fazer saúde. Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário. A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados e o diagnóstico é feito não só pelo saber dos especialistas clínicos, mas também leva em conta a história de quem está sendo cuidado.

da cidadania plena e pela aplicabilidade dos dispositivos garantidores dos direitos sociais”.

Como afirmam Gomes *et al.* (2008, p. 1) “Uma vanguarda, em certo momento histórico, pode conseguir a aprovação de uma lei, mas também cair no vazio, porque a maioria dos trabalhadores, exatamente os operadores dos cuidados, não se sente motivada ou sequer compreende a lei.”

A reflexão humanística não enfoca somente problemas e necessidades biológicas, mas abrange as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes nos relacionamentos humanos existentes nas ações relativas à atenção em saúde (MERHY, 2012).

Ceccim (2005) afirma que as reformas setoriais em saúde têm-se deparado regularmente com a necessidade de reorganização das políticas específicas aos trabalhadores, a tal ponto que chegou a configurar uma área específica de estudos nas políticas públicas de saúde. Parece-nos inadiável assegurar à área da formação profissional não mais um lugar secundário, mas um lugar central para pensar às políticas de saúde, promovendo uma nova postura nos trabalhadores alterando definitivamente sua condição de recursos para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde.

Para além do direito constituído, está à forma de aplicabilidade desse direito, que passa também pela questão financeira e orçamentária no serviço público. Segundo Barros e Piola (2016), o Brasil é o único país que dispõe de um sistema universal em que o gasto público é menor que o gasto privado. Os autores afirmam que intensas articulações entre empresas do segmento privado de saúde e membros do Poder Legislativo têm fragilizado o SUS, exemplificando com as seguintes medidas: a abertura da provisão de ações e serviços de saúde ao capital estrangeiro descritos na Lei n. 13.097/2015 (BRASIL, 2015); a diminuição do aporte federal de recursos para o SUS, a partir de 2016, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 86; e a tentativa de reintroduzir a assistência médica como direito trabalhista por meio da Proposta de Emenda à Constituição n. 451, de 2014 (BRASIL, 2014).

O gasto público com saúde nas três esferas de governo aumentou, desde o início da vinculação pelas regras da Emenda Constitucional 29, de cerca de 3,0% do

PIB para 3,9%, em 2015. Contudo, ainda é considerado muito baixo para a manutenção de um sistema universal de saúde quando se compara com outros países. Não bastassem os desafios enfrentados, a reforma fiscal a partir de 2017, estabelece um teto para as despesas primárias que serão corrigidas apenas pela inflação, reduzindo-as em proporção do PIB e um piso de aplicação mínima para a saúde, corrigida pelo mesmo mecanismo, o que criará constrangimentos ainda maiores à concretização do direito à saúde no Brasil. As políticas que asseguram os direitos e contribuem para o alcance dos objetivos constitucionais deixam de ser as verdadeiras prioridades para a ação. A Emenda Constitucional n. 95, que diz respeito ao congelamento dos gastos públicos por vinte anos, na realidade, paralisa o orçamento da saúde no país, implicando diretamente nas unidades de saúde e no atendimento aos usuários (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

A designação dos profissionais da saúde para o papel de agentes multiplicadores implica na educação das comunidades para o conhecimento técnico e político que atinge diretamente as unidades de atendimento, como também, no reconhecimento de prioridades nas tomadas de decisões e na construção coletiva de estratégias para a melhoria das condições de saúde e de vida (BUSS, 2000).

Para Merhy (2012) uma aposta no SUS e na vida como direito inalienável de cada pessoa está relacionada à maneira como o outro é ouvido e tratado: como sujeito ou objeto, abrindo um espaço para simplesmente, ouvir e falar, ou seja, dialogar e conversar.

O diálogo que se processa através da conversa é um espaço de formação, de troca de experiências, de confraternização, de desabafo, muda caminhos razão por que a conversa poderá ser um instrumento que possibilite a troca e a produção de dados ricos em conteúdos e significados.

2.5.2 A Roda de Conversa: Um instrumento de diálogo em saúde

A conversa é um momento singular de partilha, uma vez que implica em um exercício de escuta e fala ativa, não somente no campo linguístico, como no campo não linguístico também. As colocações de cada indivíduo são construídas a partir da interação com o outro, sejam para complementar, discordar ou para concordar com

a fala imediatamente anterior, conversar, nesta concepção remete à compreensão de mais profundidade e de mais reflexão no sentido da melhor percepção e de franco compartilhamento (CAMPOS, 2007a).

O cuidado foi se modificando no decorrer história humana, acompanhando as mudanças sociais e culturais e através do diálogo foi se desenvolvendo de modo singular, demonstrando sempre a necessidade humana de cuidar e ser cuidado. A esta necessidade está atrelada a dignidade humana e tornou-se urgente a compreensão que a pessoa a ser cuidada não é um objeto que precisa ser consertado, mas um ser com todas as possibilidades de existência, que traz uma bagagem de experiências e vivências para levarmos em consideração, visando, assim, a promoção da saúde, a prevenção das doenças e, ainda o restabelecimento do ser humano (BOFF, 1999).

O médico Gastão Wagner de Souza Campos (1991), na sua tese de doutorado, com o título “Reforma da reforma: repensando a saúde”, refletiu sobre a integralidade do cuidado na visão Paidéia. Em seu último capítulo, apresentou propostas de reformulação da forma de organizar a atenção à saúde na área pública, bem como os métodos de planejamento, da gestão e da prática dos profissionais, como afirmam Campos e Amaral (2007b, p. 850):

A tarefa de pensar tanto mecanismo que compõem a relação profissional e usuário quanto a sugerir uma reforma do paradigma do modelo biomédico, que têm sustentado a clínica contemporânea. Propõe a realizar uma reformulação, uma reconstrução deste modelo, trazendo para prática clínica saberes provenientes da Saúde Coletiva, Saúde Mental, do planejamento e da gestão, e das ciências sociais e políticas. O método Paideia considera que mudanças estruturais e organizacionais tem maior eficácia quando são acompanhadas por processos de mudanças no modo de ser dos sujeitos envolvidos.

Esta rede conceitual e metodológica que inspirou Campos e seus colaboradores (2011), ao longo de vinte e cinco anos, vem sendo amplamente utilizada em políticas e práticas de saúde no Brasil para dar suporte à cogestão de coletivos, possuindo três eixos de aplicação: apoio institucional, apoio matricial e a clínica ampliada (AMARAL; CAMPOS, 2011).

É fundamental a busca perspectiva Paideia como um novo paradigma para atuar na direção da “coprodução singular” no processo de saúde, em um trabalho que valoriza o lugar dos sujeitos em seus desejos e interesses pessoais, na construção de sentidos, significados e possibilidade de reconhecimento, e que

também busca a construção de relações sociais e intersubjetivas de compromissos e responsabilidades compartilhadas para a constituição de novos arranjos organizacionais, práticas em saúde e sujeitos com maiores graus de autonomia. (CAMPOS, 2013)

A “clínica ampliada” considera fundamental ampliar o "objeto de trabalho" da clínica. Em geral, o objeto de trabalho designa a obrigação, aquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza. A Medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças; para a clínica ampliada, haveria necessidade de se ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças, situações de risco ou vulnerabilidade das pessoas. A ampliação mais importante seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em pessoas, “Clínica do sujeito” é a principal ampliação (CUNHA, 2005).

Em seu livro “Saúde Paideia” Campos (2013), esclarece a contribuição do método nas reformas da saúde, quando traz a possibilidade de alterar a função da saúde de controle social para a prática na formação integral do ser humano, trazendo como sugestão a capacidade dos profissionais para lidar com as limitações, reorientando as práticas de saúde, a construção do sentido e significado para a ação, para agir sobre o mundo de modo reflexivo, alterando o agente junto com a reconstrução do contexto.

Segundo Campos (2013), o método Paideia propõe valer-se do vínculo como estímulo para os grupos e as organizações participarem das resoluções dos problemas. Os grupos sociais vivem segundo um padrão cultural temem mudanças, o que resulta em uma grande dificuldade para aceitá-las, sobre o contexto e sobre si mesmo. A proposta é de interação através da conversa e que o ambiente se torne propício para que se aflore o tema e, para tanto, se faz necessário que este grupo se reúna em torno de uma Roda.

A Roda é um espaço coletivo, usado como instrumento para oportunizar a discussão e a tomada de decisão, segundo Campos (2013, p. 30) “é um lugar onde circulam afetos, vínculos são estabelecidos e rompidos durante todo tempo”; é um ambiente propício para elaboração de um projeto de intervenção. As Rodas de Conversa, na concepção de Simonetti, Adrião e Cavasin (2007, p. 247): “É um espaço destinado ao diálogo, comunicação e troca de informações as pessoas têm a

oportunidade de adquirir capacidade de discernimento, de modo que provoque a mudança de comportamento e uma maior autonomia”.

Segundo Queiroz e Jorge (2006), a apropriação dos processos da promoção da saúde pela população requer dos profissionais maior abertura para o diálogo e a aquisição de conhecimentos relativos à dinâmica do “ensinar aprender”, de modo crítico, reflexivo e transformador. Antes disso, para que as práticas e conhecimentos conjugados estabeleçam uma nova forma de agir, é importante que os profissionais entendam a coexistência de diferentes saberes e estabeleçam aproximações, demonstrando interesse por suas vivências.

A meta principal é permitir a livre expressão de dúvidas, vivências e acontecimentos de vida. Como instrumento de intermediação da saúde, se destinam a atuar na fala, escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade. Nelas, os sujeitos implicados expressam seus desejos e interesses, confrontando-os entre si e com a realidade, para que desse processo de negociação surjam contratos potentes para orientar a produção de bens ou serviços (CAMPOS, 2006).

3 METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa-intervenção, prospectiva de cunho qualitativo com abordagem grupal. Escolhemos para intervenção grupal a conversa como mecanismo para pautar as nossas trocas de conhecimento e aprendizado, utilizando como instrumento de intervenção a Roda de Conversa, pois a mesma abre espaço para que os indivíduos envolvidos estabeleçam um contexto de diálogos e interações no âmbito institucional, ampliando suas percepções sobre si e sobre o outro, em um movimento de distinção e compreensão. A pesquisa-intervenção foi ancorada nos preceitos da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

O local de realização da pesquisa foi o serviço de ambulatório da Maternidade Escola da UFRJ, com a equipe multiprofissional - professores, residentes e internos que realizam atendimento ao usuário da saúde.

Foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da UFRJ, em fevereiro de 2017 parecer n. 1.903.236 e aprovada a emenda da pesquisa em outubro de 2017, com parecer n. 2.347.712.

3.1 Processo da pesquisa

Para análise dos dados desta pesquisa, o método que julgamos ser o mais adequado para a interpretação aproximada da realidade é o hermenêutico-dialético. Essa metodologia, segundo Minayo (1996), coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante, em que é produzida.

Como instrumento de intervenção, utilizamos a “Roda de Conversa” que, segundo Campos (2013), consiste em um espaço coletivo onde exista a oportunidade de discussão. É um espaço onde circulam afetos e vínculos são estabelecidos e rompidos durante todo tempo.

Ao longo da pesquisa, estabelecemos um total de três reuniões com o serviço de ouvidoria (Anexo A) para diagnóstico situacional em relação aos pontos positivos e negativos no atendimento aos direitos da pessoa usuária da saúde.

Houve, como recurso preliminar, o teste piloto para avaliar a viabilidade do desenho da pesquisa intervenção.

Nesta primeira fase, optamos pela estratégia simplificada de captação dos participantes do teste piloto:

- a) A captação ocorreu por requisição verbal do pesquisador, de forma aleatória;
- b) Abordagem direta, sem indicação da chefia e de modo informal;
- c) Contatados inicialmente onze (11) profissionais, que receberam esclarecimentos de forma verbal e escrita a respeito da proposta da pesquisa;
- d) Dez profissionais aceitaram participar dos encontros das Rodas de conversa, oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura e o cronograma, participação nas Rodas;
- e) Seis profissionais leram e assinaram o TCLE.

Ao iniciarmos os primeiros encontros, nos deparamos com a pouca adesão à participação e foi necessária uma emenda no projeto de pesquisa para um melhor esclarecimento sobre o percentual de profissionais que conheciam a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, como também sobre o interesse no tema abordado. Elaboramos um questionário (Apêndice E), com 03 perguntas diretas e fechadas:

- a) Você conhece a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”?
- b) Você tem interesse em conhecer a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”?
- c) Você já conversou sobre o tema?

Constava na folha do questionário uma lacuna para que o participante expressasse de forma facultativa sua avaliação pessoal sobre o tema.

O local de aplicação do questionário foi o serviço de ambulatório da Maternidade Escola da UFRJ, com a equipe multiprofissional - docentes, residentes e internos que realizam atendimento ao usuário da saúde. Utilizamos uma abordagem direta, sem seleção prévia dos participantes. Disponibilizamos o TCLE em um formato simplificado, identificamos somente a categoria profissional. A coleta de dados foi realizada no período de 12 de março de 2018 a 16 de março de 2018, no horário das 09h00min às 15h00min, no serviço do ambulatório da Maternidade Escola da UFRJ.

A partir do teste piloto e da aplicação do questionário, optamos por modificar a estratégia de captação dos participantes para as Rodas de Conversa.

Nesta segunda fase da Roda de Conversa, optamos por uma estratégia mais protocolar para a captação dos participantes da pesquisa:

- a) Estabelecemos o quantitativo de um encontro;
- b) Utilizamos como estratégia o contato prévio com as chefias de serviço para exposição dos objetivos da pesquisa e apresentação do documento de ancoragem para intervenção;
- c) Feito contato presencial com as chefias dos serviços para o agendamento da reunião, foi solicitada a melhor forma de contato para confirmação da data e horário do encontro;
- d) Marcada uma reunião individual através de *e-mail*, *WhatsApp*⁶ e *SMS*⁷ com cada chefe de serviço, com confirmação do dia e horário;
- e) Iniciamos os contatos com as chefias no mês de janeiro de 2018, houve alguns contratempos por ser mês de férias, por mudanças de chefias e alterações nos dias e horários nas escalas de trabalho;
- f) Solicitamos a indicação de um profissional que atuasse no atendimento ambulatorial para participar da Roda. Discutida com as chefias a eleição do melhor dia e horário para a realização da Roda de Conversa.

Em consenso com a maioria, sobre a opção do dia da semana e horário, ficou estabelecido que:

- a. O melhor dia: Segunda-feira.
- b. O melhor horário: Período matinal.
- c. Confirmação através de *e-mail*, *WhatsApp* e *SMS* no mês de março de 2018, o agendamento da Roda para 09 de abril de 2018 às 09h00min, no auditório do ambulatório da maternidade Escola da UFRJ.
- g) Com uma semana de antecedência da data prevista, foi enviada através de *e-mail*, *WhatsApp* e *SMS* uma mensagem como forma de lembrete para todas as chefias confirmando data, horário e local.
- h) Foi feita a captação escrita das conversas:

⁶ Trata-se de um aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para celular.

⁷ *Short Message Service* ou Serviço de Mensagens Curtas.

- Transcrição realizada pelos participantes, em forma de avaliação pessoal da Roda de Conversa.
- Avaliação escrita do grupo, no final da Roda.
- Transcrição dos registros no diário de intervenção do pesquisador, utilizado como um instrumento de contribuição para a reorganização e aprendizagem, bem como fornecer dados do pesquisador para ser confrontado com as avaliações do grupo.

3.2 Análise dos Dados

a) Análise das Rodas de conversa:

Para a organização dos dados foram empregadas técnicas metodológicas de avaliação reflexiva aberta e diário de intervenção. A análise do resultado é compreensivista, foi realizada de acordo com o método de Interpretação dos sentidos, que para Gomes *et al.* (2005), trata-se de uma perspectiva das correntes compreensivas das ciências sociais que analisa:

- a) Palavras
- b) Ações
- c) Conjunto de inter-relações
- d) Grupos
- e) Conjunturas

✓ Rodas de Conversa:

Primeira etapa:

Leitura compreensiva das avaliações dos participantes e diário de intervenção das Rodas de Conversa.

Segunda etapa:

Recorte de fragmentos nos quais possam ser identificadas as ideias explícitas e implícitas referidas aos nossos objetivos.

Terceira etapa:

Buscou-se colocar em dialogo:

- A conversa e a conjectura da ação profissional.
- Nossos registros no diário de intervenção.

- A conversa nas Rodas à luz da fundamentação teórica da pesquisa.
- As palavras síntese das Rodas de Conversa e a relação dos seus significados com os objetivos da pesquisa.

b) Análise do questionário:

Primeira etapa:

- a) A análise quantitativa das respostas do questionário.
- b) Percentual das repostas.
- c) Gráficos demonstrativos.

Segunda etapa:

- a) Transcrição das avaliações individuais feitas no espaço facultativo do questionário.

Terceira etapa:

- a) Análise do resultado do questionário à luz da fundamentação teórica.

4 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Teste Piloto

Primeira Roda de Conversa

Dia: 27/07/2017

Horário de início: 11h10min

**Numero de participantes: 03

Os participantes pediram uma melhor explicação sobre a motivação da Roda. Expliquei que a Roda de conversa seria um espaço aberto para refletirmos sobre nossas atitudes como profissionais da saúde frente aos direitos de uso do sistema único de saúde, sobre o sistema de saúde público e privado e a legislação, como também dialogar sobre o nosso cotidiano de trabalho e nossa visão social.

Um participante falou sobre a educação de um modo geral na abordagem com “o paciente”, sua experiência profissional e a relação fria e distante de outros profissionais médicos, principalmente os cirurgiões.

Outro participante destacou a vida difícil da população de baixa renda, que vive na baixada Fluminense, a falta de educação do usuário na abordagem com os profissionais, que em muitas vezes essa forma mais rude é minimizada quando se sentem ouvidos e acolhidos, enfim, quando sentem que alguém lhes deu atenção em sua queixa.

✓ Pontos importantes na fala do grupo:

1 “A falta de conhecimento em relação às leis, por ter vários estatutos, mas poucos pontos divulgados ou não respeitados, o poder de cidadania da população e a forma de desconhecimento ao eleger os representantes políticos.”

2 “O conhecimento ser seletivo, somente a procura do conhecimento por ações legais que nos favoreça. A perpetuação da cultura de ‘levar vantagem em tudo’, que se instalou em nossa sociedade.”

✓ Avaliação de um participante:

“Foi uma roda interessante, cuja conversa me fez refletir sobre a importância da educação para a socialização adequada dos educando e educadores, no sentido de aperfeiçoar as relações humanas, assim desenvolvendo a ideia da humanização na relação entre as pessoas (comunidades) e os profissionais da saúde. Observei, também, que apesar dos esforços no sentido de espalhar a cultura e a educação, ela ainda é seletiva em alguns setores da população.”

✓ Avaliação do pesquisador:

O diálogo dos participantes foi permeado no que diz respeito à educação social, a educação dos profissionais da saúde e as relações humanas.

O maior ponto de concordância foi sobre a falta de educação na base familiar, independente da classe social e do nível de escolaridade. Sem a educação, a sociedade não se desenvolve e a saúde não acontece.

✓ Ponto positivo:

Fluidez e naturalidade na conversa.

✓ Ponto negativo:

A falta de participantes na roda dificultou a pluralidade no diálogo.

- Limitações apresentadas:

Dificuldade na concordância de horário dos participantes, que, em sua maioria, não conseguiram encontrar espaço na agenda de atendimento ao usuário.

*Palavra de encerramento⁸:

✓ Educação (2 vezes)

Segunda Roda de Conversa

Dia: 10/08/2017

Horário de início: 11h 20min

Numero de participantes: 03

Tema de ancoragem desse encontro na Roda foi o 3º artigo da carta dos direitos dos usuários da saúde, que aborda as informações prestadas pelos profissionais de forma clara e respeitosa.

⁸ *Palavra de encerramento ou palavra síntese, é a forma de expressão do participante sobre o tema de reflexão no debate da Roda.

**O pesquisador participa como integrante nos encontros da Roda de Conversa.

Os participantes foram os mesmos do primeiro encontro, falaram sobre suas vivências pessoais e profissionais.

Os participantes disseram desconhecer o conteúdo da carta e sua abrangência, apesar de relatarem que a forma de atendimento profissional está em consonância com o conteúdo da carta, mas como uma postura pessoal, empírica, sem o devido conhecimento legal.

Foi, então, incentivada a reflexão sobre a triangulação: Educação, Saúde e Legislação.

Um participante falou sobre a diferença e a melhora no atendimento multiprofissional e, por consequência, da visão da humanização.

O maior ponto de concordância foi sobre a falta de conhecimento das leis como um todo. Foi discutido o incentivo à capacitação técnica do profissional, e o não incentivo em atualizar os profissionais nos avanços psicossociais da saúde.

✓ Pontos importantes na fala do grupo:

1. *“A população de um modo geral culpa os profissionais da saúde e argumenta que os servidores são pagos por ‘ele’ (usuário). A grande questão é o que o governo publica na mídia somente o que interessa, mas que, de fato, não oferece; essas informações são publicadas com intensões eleitoreiras.”*

2. *“Não existe um programa que realmente esclareça sobre as leis, sobre os direitos e deveres de cada um.”*

✓ Avaliação de um participante:

“A ideia de que, apesar dos esforços dos gestores no sentido da humanização do atendimento e relacionamento entre a população e os profissionais da saúde, a realidade ainda está distante do ideal, tendo em vista os fatores conjunturais da administração pública, que enfatizam os fins do bom atendimento à população, mas que não fornecem os meios necessários (adequada aplicação dos recursos públicos em educação, saúde, segurança, formação dos novos profissionais, etc.) para que aqueles fins sejam alcançados com a adequação necessária. Isso faz com que no “papel” as ideias sejam ótimas, mas, na prática, ainda faltam muitas ações para concretiza-las”.

✓ Avaliação do pesquisador:

Tivemos indícios de desconhecimento de alguns profissionais a respeito do que contempla a carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

✓ Ponto positivo:

Fluidez e naturalidade na conversa.

✓ Ponto negativo:

A dificuldade na concordância de horário dos participantes, que, em sua maioria, não conseguiram encontrar espaço na agenda de atendimento ao usuário, prejudicando a troca na conversa da Roda.

Palavra de encerramento:

- ✓ Respeito
- ✓ Educação
- ✓ Integralidade

Terceira Roda de Conversa

Dia: 14/09/2017

Horário de início: 11h 35min

Numero de participantes: 02

Iniciamos a Roda com um participante (este participou dos três encontros), o tema de ancoragem foi a apresentação da carta dos direitos dos usuários da saúde na íntegra. O participante falou sobre o desconhecimento do documento, fez alguns relatos da sua vivência pessoal e profissional.

A outra participante enviou uma mensagem via *Whatsapp* explicando sua ausência, o motivo foi estar de férias da Maternidade Escola.

✓ Pontos importantes na fala do participante:

A importância da informação e divulgação das leis e políticas públicas.

✓ Avaliação do participante

Não me foi entregue a avaliação desse encontro.

✓ Avaliação do pesquisador:

Mesmo sem ter um número maior de participantes, a conversa fluiu e o participante demonstrou interesse em conhecer melhor as diretrizes que norteiam o sistema de saúde.

- ✓ Ponto positivo:
Fluidez e naturalidade na conversa.
- ✓ Ponto negativo:
Falta de participantes para conversa.

Palavra de encerramento:

- ✓ Uso dos direitos;
- ✓ Integração.

4.2 Roda de Conversa

Dia: 09/04/2018

Horário de início: 09h 20min

Numero de participantes: 07

Quadro 1 – Número de profissionais que participaram da roda de conversa

Participantes da Roda de Conversa	
Categoria Profissional	Número
Assistente Social	02
Fisioterapeuta	01
Musicoterapeuta	01
Nutricionista	01
Psicóloga	01
Técnica de enfermagem	01

Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Iniciamos a Roda com quatro participantes. Nos apresentamos e inicialmente, os participante mostraram-se um pouco tímidos, desconheciam como funcionava o instrumento de diálogo através da roda, apresentei uma parte resumida do documento de ancoragem.

Os participantes chegaram, aos poucos, e entraram no desenvolvimento da conversa.

- ✓ Pontos importantes na fala do participante:
 - 1º Relatou o desconhecimento do documento, tendo ouvido falar somente durante algumas aulas no mestrado.
 - 2º Quando foi indicada pela chefia para participar da roda, fez uma pesquisa sobre o assunto na internet.
 - 3º Falei sobre as diretrizes do documento de forma geral, que muitas vezes são conhecidas como se fosse determinação do gestor da unidade, exemplifiquei o uso obrigatório do crachá como forma de identificação.
 - 4º Conversamos e discutimos as várias determinações que não são debatidas ou discutidas com todo grupo funcional.
 - 5º Conversamos sobre o conhecimento pontual e fragmentado, como também sobre o processo de efetivação da legislação.

Nesse ponto da conversa, com um maior número de participantes, percebi que estavam mais descontraídos e mais participativos.

- 6º Foi argumentado a respeito das dificuldades e do tempo para a adequação institucional no cumprimento das determinações legais, como o processo implantado de forma gradativa, bem como adequação do espaço e mobiliário e também as dificuldades orçamentárias.
- 7º Foi, então, comentado sobre a dificuldade na comunicação interpares, as dificuldades na criação de novos espaços e a possibilidade de uso dos espaços de diálogos já existentes, citado o comitê de bioética, onde se discutem as questões de direitos dos usuários da saúde e o espaço da sessão clínica.
- 8º Dando continuidade, na manifestação de outro participante, foi comentada a importância do diálogo institucional e da criação de um comitê voltado para a discussão e divulgação da legislação e seus significados dentro da instituição.
- 9º Foram citados o aleitamento materno e a diferença da lei escrita e a praticada.
- 10º Discutida a comunicação e divulgação sobre o que se escreve e o que se fala. A divulgação escrita não se torna ampla, pois as pessoas não têm interesse livre e espontâneo de acesso. Caso se coloque o documento à

disposição para acesso e leitura, provavelmente, teremos uma baixa adesão a leitura completa.

- 11º Argumentada à divulgação através de outros dispositivos, como banners, figuras de animação, diálogos multiplicadores.
- 12º As Maneiras de atingir de forma estratégica o maior número possível de pessoas. Discutida a melhor forma de fornecer informação, como também a melhor forma de participação do usuário, sem que ele se sinta constrangido, uma forma mais ampla de participação social, no gerenciamento do serviço público.
- 13º Em outro relato, foram discutidas as formas de encaminhamento dos usuários, que, em muitas vezes, são tardios, sem que haja responsabilização das instituições envolvidas, foi citado como exemplo o SISREG (Sistema de Regulação).
- 14º Argumentado sobre o desrespeito aos direitos que se processa no caminho, antes da pessoa chegar à Maternidade Escola, e também a inexistência de um canal para que essas situações sejam expostas e apuradas, foram expostas também as dificuldades sobre descolamentos e acessibilidade.

✓ Avaliação de um participante

Não houve avaliação dos participantes

✓ Avaliação do pesquisador

A conversa fluiu e os participantes demonstraram interesse no tema e em melhorar as fontes de informação e diálogo.

Houve um forte conteúdo sobre a saúde do trabalhador.

Um debate sobre a diferença entre comunicação e divulgação.

Ampliação dos espaços de conversa interdisciplinar.

Um reforço para modificar o formato de transmissão de informações, usar a transversalidade no sistema, que terá o mesmo sentido de colocar diferentes postos em contato, comunicando-se e reproduzindo melhor as informações.

✓ Ponto positivo:

Fluidez, participação de todos e naturalidade na conversa.

✓ Ponto negativo:

Falta de continuidade no debate

Palavra de encerramento

- ✓ Comunicação
- ✓ Gestação
- ✓ Reflorestamento
- ✓ Espaço de encontro
- ✓ União de todos
- ✓ Compromisso
- ✓ Diálogo

Encerramento da Roda de Conversa às 10h 50min.

4.3 Dados do questionário

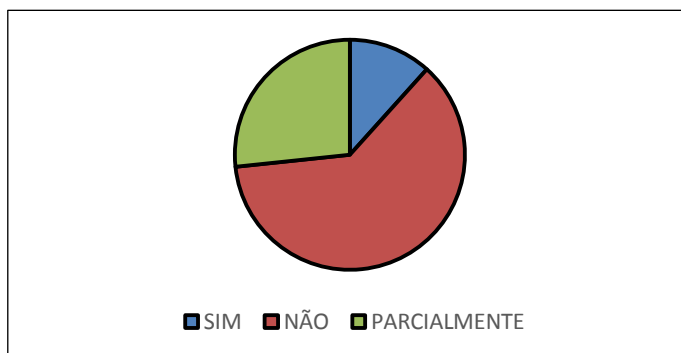
Quadro 2 – Numero De Profissionais Que Responderam Ao Questionário

Profissionais	Nº
Médicos	29
Nutricionistas	11
Psicólogos	04
Enfermeiras	06
Técnicos de Enfermagem	06
Administrativos e recepcionistas	04
Total	60

Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Pergunta 1: Você conhece a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”?

Gráfico 1 – Resposta nº 01 do questionário



Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Pergunta 2: Você tem interesse em conhecer a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”?

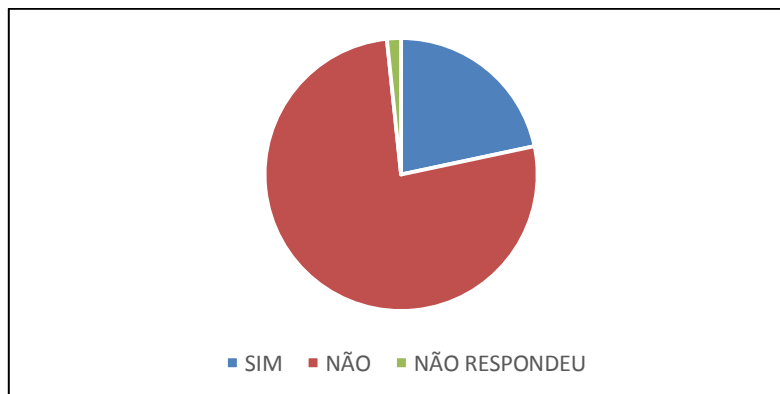
Gráfico 2 – Resposta nº 02 do questionário



Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Pergunta 3: Você já conversou sobre o tema?

Gráfico 3 – Resposta nº 03 do questionário



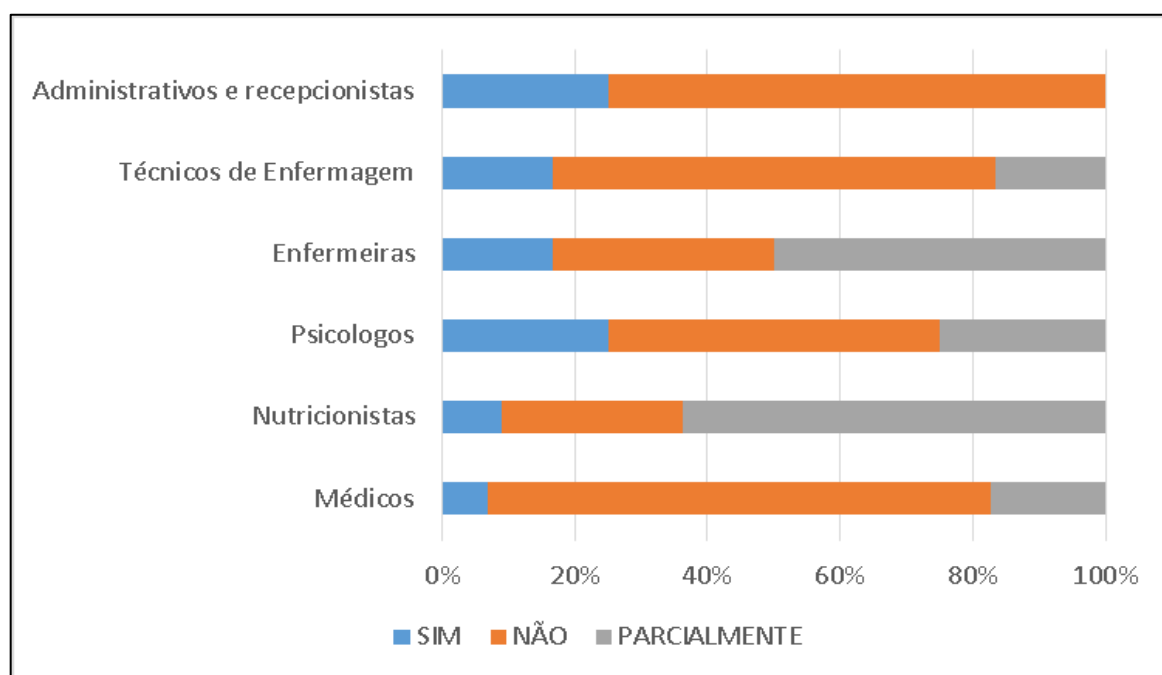
Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Quadro 3 – Número de respostas quanto ao conhecimento sobre a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

Profissionais	Conhecimento			TOTAL
	SIM	NÃO	PARCIALMENTE	
Médicos	02	22	05	29
Nutricionistas	01	03	07	11
Psicólogos	01	02	01	04
Enfermeiras	01	02	03	06
Técnicos de Enfermagem	01	04	01	06
Administrativos e recepcionistas	01	03	-	04

Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Gráfico 4 - Percentual da resposta nº 01 (Conhecimento) por categoria profissional



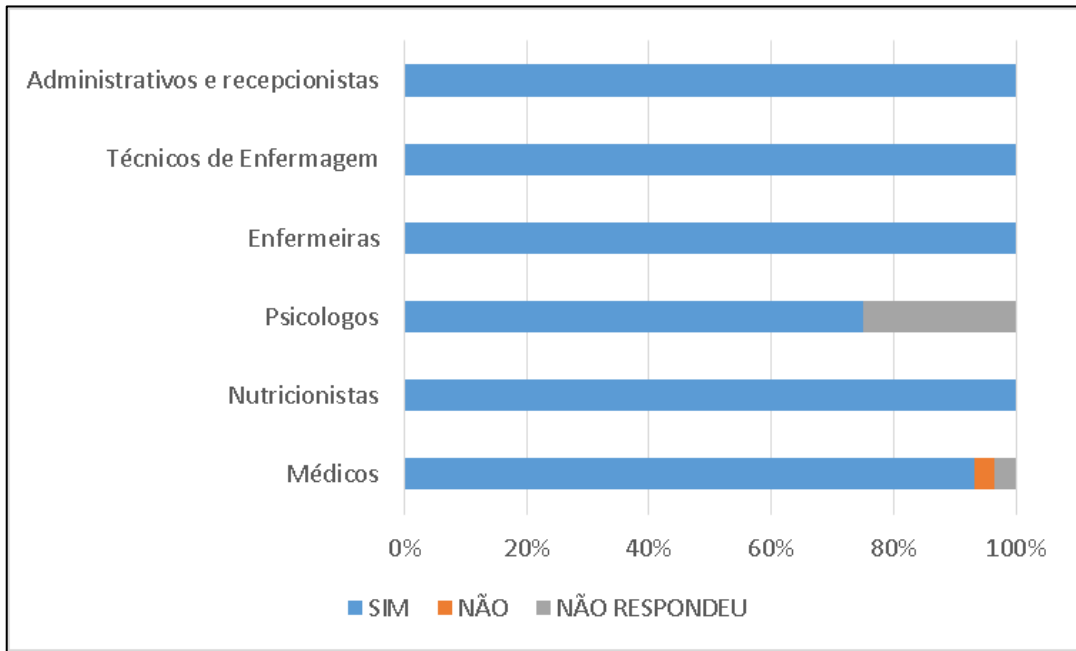
Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Quadro 4 – Número de respostas sobre Interesse em conhecer a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

Profissionais	Interesse		
	SIM	NÃO	NÃO RESPONDEU
Médicos	27	01	01
Nutricionistas	11	-	-
Psicólogos	03	-	01
Enfermeiras	06	-	-
Técnicos de Enfermagem	06	-	-
Administrativos e recepcionistas	04	-	-

Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Gráfico 5 – Percentual da resposta nº 02 (Interesse) por categoria profissional



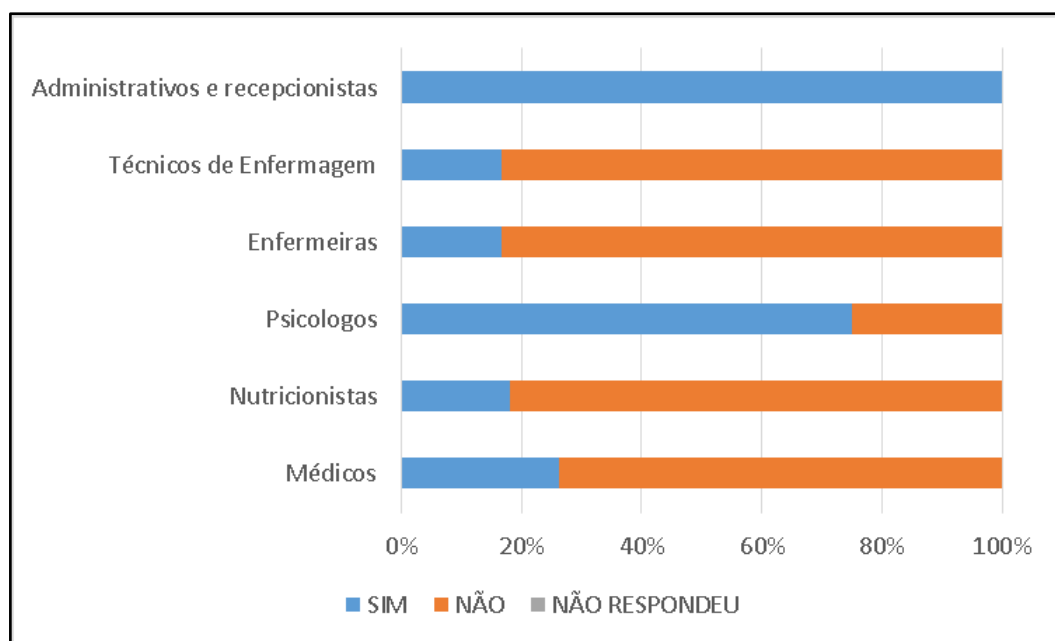
Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Quadro 5 – Número de respostas quanto ao interesse no diálogo sobre a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

Profissionais	Diálogo		
	SIM	NÃO	NÃO RESPONDEU
Médicos	05	14	10
Nutricionistas	02	09	-
Psicólogos	03	01	-
Enfermeiras	01	05	-
Técnicos de Enfermagem	01	05	-
Administrativos e recepcionistas	04	-	-

Fonte: Elaborado pela autora, 2018

Gráfico 6 – Percentual da resposta nº 03 (Diálogo) por categoria profissional



Fonte: Elaborado pela autora, 2018

Notas: Dados coletados no período de 12 de março a 16 de março de 2018, no serviço do ambulatório da Maternidade Escola da UFRJ.

4.4 Transcrição dos comentários individuais obtidos no questionário

Dos 60 profissionais que responderam o questionário, 33 profissionais expressaram de forma escrita seu conhecimento, interesse e diálogo sobre a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Este item foi optativo.

1 - “Nunca soube da existência!”

2 - “Não tive a chance.”

3 - “Não tive oportunidade.”

4 - “Não tinha conhecimento nenhum sobre a carta.”

5 - “Porque é necessário conhecermos os nossos direitos e ninguém nunca me falou que existisse uma.”

6 - “Devido ter feito um curso sobre equidade e igualdade no TCE, que conheço essa carta, dessa forma, deve ser divulgado para população seus direitos.”

7 - “Por falta de oportunidade de abordar esse tema.”

8 - “Não ocorreu a distribuição do material.”

9 - “Falta de oportunidade.”

10 - “Em consulta, eu sempre converso com nossos clientes, sobre o direito do usuário da saúde”.

11 - “Se soubessem questionar e também exigir seus direitos, seria muito diferente.”

12 - “Não conhecia.”

13 - “Desconhecimento sobre o tema.”

14 - “Não sei.”

15 - “Não conhecia e não tive a oportunidade de conhecer ainda. Desejo conhecer.”

16 - “Não ouvi falar sobre a carta dos direitos dos usuários da saúde.”

17 - “Ainda não tive a oportunidade de conversar. Desconheço completamente o assunto.”

18 - “Não sabia da existência, nem da aplicabilidade.”

19 - “Não tinha conhecimento do assunto.”

20 - “Discussão com os preceptores sobre conhecimentos dos usuários acerca deste. Em especial, por não ter sido discutido durante o bacharelado.”

21 - “Não tive a oportunidade de participar da roda de conversa que foi realizada no ambulatório.”

22 - “Porque durante a graduação não é dada ênfase sobre o tema.”

23 - “Acho interessante que tenha mais informação sobre o assunto para todos de um modo geral.”

24 - “Como docente discuto sobre diversos assuntos e dentre eles os direitos dos usuários da saúde, com base neste e outros documentos políticas publicas.”

25 - “Acredito que é algo muito importante e que temos que discutir esse tema em todos os locais que o SUS se faz presente, tanto nós profissionais, quanto os pacientes.”

26 - “Estou sempre atenta a estas questões, em termos de saúde, principalmente no momento atual, onde temos tantas questões importantes em rever.”

27 - “Porque estudei para concurso.”

28 - “Porque acredito que somente através do conhecimento podemos lutar pelos nossos direitos.”

29 - “Nunca fui apresentada ao tema.”

30 - “Não sabia da existência do mesmo.”

31 - “Não tive oportunidade de participar desta conversa com alguém interessado.”

32 - “Nunca fui apresentado.”

33 - “falta de tempo e oportunidade.”

Quadro 6 – Percentual das declarações optativas e individuais dos profissionais que responderam o questionário.

%
65,52% Declarou não conhecer utilizar e/ou informar sobre a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde
34,48% Declarou conhecer, utilizar e/ou informar sobre a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

Fonte: Elaborado pela autora (2018)

5 DISCUSSÃO

As três primeiras Rodas de Conversa foram do teste piloto; a primeira Roda aconteceu em julho de 2017, com a participação de dois profissionais e o pesquisador.

As falas dos participantes, inicialmente, sinalizaram uma preocupação em relação ao aprendizado e à transmissão de conhecimento. A instituição hospitalar é um espaço de cuidado, de ensino e pesquisa, como também um espaço de múltiplos sistemas nas relações humanas, portanto, é um espaço de convivência. Como afirma Maturana (1996), espaço de convivência é o ambiente onde se dá a criação e recriação da vida, na medida em que se constitui como sociedade, o viver e conhecer é a constante atualização do sistema de aprendizado e transmissão de conhecimento.

Lakatos e Marconi (2010) definem as instituições sociais como espaços de convivência social e entendem que esses espaços são de grande importância para compreendermos a organização das sociedades. O desenvolvimento do indivíduo está ligado ao desenvolvimento da própria sociedade, conceitua-se neste contexto como aprendizado as várias formas de ensinar e aprender.

O conhecimento do direito, ou seja, das leis, na maioria das vezes, é seletivo, quando favorece somente a quem o procura em casos de necessidade individual. De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004), fazer cumprir a responsabilidade do direito à saúde é um dos principais caminhos para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária, certamente poderemos promover um caminho facilitador para a cidadania, onde o indivíduo se torne conhecedor de seus direitos e também responsável por seu bem-estar.

O indivíduo deve ter a consciência de que uma base social não se faz somente com o direito de um, ou para um, ele é constituído para o coletivo, o direito vem acompanhado de deveres e para que se torne mais justo deve alcançar a todos.

É possível associar a reflexão na Roda de conversa ao pensamento de Brandão (2001), quando expõe que a perspectiva de aprendizado não se desenvolve de forma natural e espontânea, mas através do conhecimento transmitido e constituído como um bem cultural. Portanto, o aprendizado pode ser

compreendido também como um processo da constituição humana que produz sentidos e cria significados de ser e estar no mundo.

A conversa na roda atuou como facilitadora para a reflexão dos participantes, quando, de forma espontânea expressaram suas angústias cotidianas em relação ao momento profissional e social, bem como a preocupação com os rumos da transmissão do aprendizado e da cultura, independente da classe social. A conversa foi permeada, no que diz respeito à educação social, pela educação dos profissionais da saúde e pelas relações humanas.

Os maiores pontos de concordância foram os aspectos da educação em nosso meio social. O sociólogo Pierre Bourdieu (1983) estabelece enlaces interessantes entre sociedade, aprendizado e família, através dos conceitos de *habitus*, quando refere que o aprendizado é transmitido de forma cotidiana, através das múltiplas formas de linguagem. O ser humano é fruto da vida natural e da cultura e encontra uma forma de construir o aprendizado, ou seja, a educação. De acordo com Morin (2011), educação é um fenômeno social e universal, sendo uma atividade humana necessária à existência e ao funcionamento de toda a sociedade. Temos um destino comum, que deveria nos unir, nos tornar solidários e nos transformar em cidadãos.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), fazer cumprir a responsabilidade do Estado em relação ao direito à saúde é um dos principais caminhos para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Nosso sistema de saúde é avançado e contém uma proposta ampliada no que diz respeito à extensão do campo de atuação. Assim, se a saúde for indissociável de outros setores, certamente poderemos promover o caminho necessário para a cidadania, onde o indivíduo se torna conhecedor de seus direitos e também responsável por seu bem-estar.

Casate, Corrêa (2005) e Vaitsman *et al.*, (2005) advertem sobre a necessidade de investir no trabalhador para a construção de uma assistência mais humanizada, considerando as condições adversas de trabalho apontadas como fatores "desumanizantes". As evidências mostram uma melhora no sistema público no atendimento às necessidades dos usuários, mas ainda se faz necessário um reforço nas instituições para o cumprimento dos princípios norteadores do SUS relativo à participação do usuário e ao respeito aos seus direitos no atendimento na

saúde, às reivindicações e à legislação de direitos do usuário da saúde, que, além de expressarem transformações comuns a outros contextos da sociedade brasileira, são partes do processo de construção da democracia e da cidadania - tanto em relação ao papel do Estado quanto da sociedade - através de suas organizações e associações.

Em conformidade com o pensamento de Casate e Corrêa (2005), a humanização na atenção à saúde deveria partir do entendimento a respeito da singularidade de cada indivíduo, com suas necessidades específicas. No Brasil, a temática ligada à humanização do atendimento em saúde, mostra-se relevante uma vez que a atenção e o atendimento neste setor demandam uma revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes, que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário.

É possível relacionar as palavras do contexto de abordagem da Roda de Conversa ao pensamento de Karl Marx, quando afirma que existem condicionantes estruturais que levam o indivíduo, os grupos e as classes para determinados caminhos, mas todos têm capacidade de reagir a esses condicionamentos e até mesmo de transformá-los.

Para Minayo (2010), o diálogo e a reflexão na prática da saúde conduzem a um caminho para que os profissionais se envolvam no processo de construção da integralidade do cuidado. Para isso, eles precisam refletir criticamente sobre seu processo de trabalho, viabilizando estratégias para o reconhecimento de suas práticas integrais, através de ações educativas conjuntas.

Na visão de Severo e Seminotti (2010), a integralidade na saúde, mais que um conceito fechado, é um termo dinâmico, um conjunto de valores que representam um ideal de transformação, onde afirma que “a concretização de um sistema integral não passa, portanto, pela aplicação exclusiva dos saberes disciplinares já existentes, mas pela construção incessante de práticas eficazes”.

A terceira Roda de Conversa do teste piloto aconteceu em setembro de 2017, na reflexão de um participante é de grande importância o acesso a informação e divulgação das leis e políticas públicas, Rocha (1999) expressa que os novos paradigmas reivindicam a superação da fragmentação do pensamento e das ações, em busca de uma visão integralizadora do humano e seu ambiente.

Ceccim (2005) afirma que a política nacional de educação permanente em saúde é necessária para a consolidação de práticas voltadas à resolutividade dos problemas de saúde das populações. O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar, a busca de soluções criativas para os problemas, o desenvolvimento do trabalho em equipe, a melhoria da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento.

No encerramento deste terceiro encontro, as palavras foram “Uso dos direitos”, “Integração”. Nesse último encontro, as palavras encontram um significado redimensionando a problematização da integralidade e a consciência dos direitos de fato. Buscando um maior embasamento no conceito de Silva e Sena (2006, p.490), é possível acrescentar que “a mudança na graduação sob o eixo da integralidade implica compreender a dimensão ampliada da saúde, a articulação de saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares e a alteridade com os usuários para a inovação das práticas em todos os cenários de atenção à saúde e da formação profissional”. Eles ainda argumentam que, ter o compromisso e a intencionalidade sobre a concepção de integralidade, articuladas à formação das redes sociais de colaboração nos currículos das diferentes categorias da área da saúde, para que, desde o início, os profissionais que integram o SUS possam trabalhar dentro deste novo paradigma.

Ao finalizarmos esta primeira etapa, houve a necessidade de ampliarmos nosso entendimento na pesquisa em relação ao conhecimento, interesse e diálogo dos profissionais sobre o conteúdo Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, tornando o teste piloto uma fonte para detectar os problemas de adequação e interesse dos profissionais sobre o tema de ancoragem. Para tanto, foi elaborado um questionário simplificado, com perguntas diretas e fechadas.

De acordo com Fortes (2004), a Carta de Direitos da Pessoa Usuária da Saúde se diferencia por abordar a preocupação com a valorização, a capacitação e o desenvolvimento dos profissionais da saúde, no sentido amplo do cuidado. Ceccim (2005) afirma que as reformas setoriais em saúde têm-se deparado regularmente com a necessidade de reorganização das políticas específicas aos trabalhadores, a tal ponto que chegou a configurar uma área específica de estudos nas políticas públicas de saúde.

Para Fortes (2004), o processo de humanização dos serviços de saúde depende da participação ativa do gestor como um dos principais responsáveis por proporcionar condições adequadas para que os profissionais sejam valorizados e os usuários tenham seus direitos garantidos. Como afirmam Gomes, et al. (2008, p. 1), “Uma vanguarda, em certo momento histórico, pode conseguir a aprovação de uma lei, mas também cair no vazio, porque a maioria dos trabalhadores, exatamente os operadores dos cuidados, não se sente motivada ou sequer compreende a lei”.

No entendimento de Barros e Piola (2016), para além do direito constituído, está a forma de aplicabilidade desse direito, que passa também pela questão financeira e orçamentária no serviço público. O Brasil é o único país que dispõe de um sistema universal em que o gasto público é menor que o gasto privado. Os autores afirmam que intensas articulações entre empresas do segmento privado de saúde e membros do Poder Legislativo têm fragilizado o SUS.

De acordo com Rocha (1999), para vencer os obstáculos que surgem a cada dia na omissão das políticas públicas, na educação, na informação e no Direito contamos com a atuação dos profissionais, que têm se mostrados instrumentos valiosos.

Buss (2000) afirma que o papel dos profissionais de saúde como agentes multiplicadores implica fortalecer o poder técnico e político das comunidades no reconhecimento de prioridades, na tomada de decisões e na construção coletiva de estratégias para a melhoria das condições de saúde e de vida.

Ceccim (2005) afirma que as reformas setoriais em saúde têm-se deparado regularmente com a necessidade de reorganização das políticas específicas aos trabalhadores, a tal ponto que chegou a configurar uma área específica de estudos nas políticas públicas de saúde. Parece-nos inadiável assegurar à área da formação profissional não ser mais um lugar secundário, mas um lugar central para pensar políticas de saúde, promovendo uma nova postura para os trabalhadores, alterando, definitivamente, sua condição passiva em ser “recurso” para o status de ator social das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde.

Para Martins, et al. (2008), as dificuldades de popularização das informações é um fator de limitação para o exercício da cidadania; a informação deve ser clara e acessível, portanto, compartilhar o que é público e deve ser utilizado por todos.

Rocha (1999) afirma que: “A discussão e a compreensão da saúde passam pela afirmação da cidadania plena e pela aplicabilidade dos dispositivos garantidores dos direitos sociais”. Simonetti, Adrião e Cavasin (2007), descrevem as Rodas de conversa como “um espaço destinado ao diálogo, comunicação e troca de informações”.

De acordo com Fortes (2004), em muitas situações cotidianas, os profissionais assumem, em nome de "fazer o bem", atitudes paternalistas e autoritárias e não percebem quando são contrárias à vontade autônoma dos cidadãos, violando seus direitos.

Segundo Queiroz e Jorge (2006), a apropriação dos processos da promoção da saúde pela população requer dos profissionais maior abertura para o diálogo e a aquisição de conhecimentos relativos à dinâmica do “ensinar aprender”, de modo crítico, reflexivo e transformador. Antes disso, para que as práticas e conhecimentos conjugados estabeleçam uma nova forma de agir, é importante que os profissionais entendam a coexistência de diferentes saberes e estabeleçam aproximações, demonstrando interesse por suas vivências.

Para Campos (2013), a Roda de Conversa é um espaço coletivo, usado como instrumento para oportunizar a discussão e a tomada de decisão.

Segundo Campos (2006), o ser humano é imerso na história e na sociedade, mas nem por isso desprovido de uma subjetividade e de capacidades para se posicionar ante os desafios de sua conjuntura.

O desafio de formar multiplicadores é um imperativo diário. De acordo com Minayo (2010), o diálogo e a reflexão na prática da saúde coletiva ou individualizada conduzem a um caminho para que os profissionais se envolvam no processo de construção da integralidade do cuidado, necessitando se preparar para oferecer, de forma conjunta, ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde. Minayo (2010, p.436) define que: “A interdisciplinaridade não pode ser vista como “uma camisa de força para juntar pessoas, e nem para acomodar interesses”, ela ultrapassa a multidisciplinaridade e a multiprofissionalidade e, ao mesmo tempo, conta com elas”.

Para Morin (2011), interdisciplinaridade caracteriza-se por diferentes disciplinas reunidas, porém cada uma afirmando seus próprios direitos e suas próprias soberanias em relação às outras disciplinas. O conceito pode também

querer dizer troca e cooperação, transformando-se, assim, em algo orgânico, o que, de acordo com Campos (1992), é considerado como uma fonte de aprendizado, por permitir o contato com outras experiências através do diálogo profissional e das discussões de casos. Tal fato confirma que cada profissional tem uma percepção diferente da situação e essas percepções facilitam a compreensão do todo, permitindo um novo olhar sobre o indivíduo.

O desequilíbrio no quantitativo entre as profissões dificulta o processo de atendimento interdisciplinar. De acordo com Campos (1992), o trabalho em equipe é considerado como uma fonte de aprendizado, por permitir o contato com outras experiências através do diálogo profissional e das discussões de casos, o fato de que cada profissional tem uma percepção diferente da situação e essas percepções facilitam a compreensão do todo, permitindo um novo olhar sobre o indivíduo.

Bourdieu (1983) afirma que, diante deste olhar, surge a necessidade da busca de integração com as disciplinas, porém o processo de transição geralmente é marcado por períodos de adaptação e construção histórico-social, e encontra algumas resistências, uma vez que hábitos e tradições encontram-se enraizados na cultura e nas diferentes formas de organizações individual e social e, assim, as transformações se processam de forma lenta.

Cabe ressaltar que já transcorreram 28 anos da implantação do Sistema Único de Saúde, 19 anos da publicação da primeira Carta dos Direitos dos usuários, porém ainda temos necessidade de expandir a divulgação do conteúdo entre os profissionais de saúde. Como prevê o próprio documento na sua 4ª edição em 2013⁹.

Na construção da lei do SUS, foram previstos os Direitos e Deveres dos Usuários do sistema. Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a partir construção da nova concepção de saúde, que tem em seus princípios um olhar mais humanizado, tornou-se urgente e necessário investir na educação profissional.

⁹ Nota do autor*²: Entre as propostas da 14ª Conferência Nacional de Saúde, na diretriz 2, está descrito que é preciso divulgar a Carta para a comunidade por meio de veículos de comunicação e ações intersetoriais entre empresas, escolas, igrejas, sindicatos, associações de moradores, produtores, profissionais de saúde e outros (BRASIL, 2013, p. 3).

O ser humano, desde o começo da sua existência vive em um ciclo constante de aprendizado, que é parte inerente do seu cotidiano, ou seja, através do aprendizado promovemos ações e através das ações promovemos o aprendizado.

Na concepção de Fortes (2004), os temas de humanização vêm sendo amplamente discutidos, o que pode propiciar outras iniciativas, tais como a ampliação de mecanismos de informação e comunicação, através das ouvidorias nos hospitais e ambulatorios, com a função de garantir o direito de reclamação, recebendo e investigando queixas dos cidadãos, em relação ao desrespeito às leis e o mau atendimento em órgãos públicos.

O maior quantitativo dos profissionais nesta amostra tem interesse em conhecer o documento, o que aparentemente indica a motivação das categorias em ampliar seu conhecimento em relação à legislação. O próprio documento da Carta apresenta nota sobre a ampla divulgação, podemos perceber que ainda existe uma grande necessidade de informação e que os profissionais não têm acesso a ela.

Na visão de Ceccim e Feuerwerker (2004), o esforço de uma Lei é não ser direcionada para apenas um grupo, ficar somente escrita e não lida, construindo um vazio; tornar essa lei pública e aplicada é o grande desafio na efetivação dos direitos. A coordenação e a cooperação das três esferas do governo devem fazer com que o direito à saúde digna deixe de ser um discurso vazio e passe a transcender da norma pura da lei para se revelar nas políticas públicas refletindo no bem comum, pois não tem fator mais pernicioso para uma cidade do que possuir uma população doente e carente de si mesmo.

Segundo Vaitsman *et al.*, (2005), a saúde é elemento de cidadania como está descrito no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), respaldando a definição de que o Direito à Saúde é um Direito Humano essencial e constitui essência na natureza de um ser, absolutamente necessário, indispensável, é um direito de grande importância para a preservação vida humana.

Para Minayo (2010), diálogo e a reflexão na prática da saúde conduzem a um caminho para que os profissionais se envolvam no processo de construção da integralidade do cuidado.

De acordo com Merhy (2012), uma aposta no SUS e na vida como direito inalienável de cada pessoa está relacionada à maneira como o outro é ouvido e tratado, abrindo um espaço para simplesmente dialogar e conversar.

Na concepção de Campos (2007a), a conversa é um momento singular de partilha, uma vez que implica em um exercício de escuta e fala ativa não somente no campo linguístico, como no campo não linguístico também. As colocações individuais são construídas a partir da interação com o outro, sejam para complementar, discordar ou para concordar com a fala imediatamente anterior ou conversar. Esta concepção remete à compreensão de mais profundidade e de mais reflexão no sentido da melhor percepção e de franco compartilhamento.

Boff (1999) relaciona a necessidade humana de cuidar e ser cuidado com diálogo, quando afirma que, no decorrer da história, o cuidado foi se modificando acompanhando as mudanças sociais e culturais através do diálogo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa sinaliza que o diálogo entre as profissões faz-se cada dia mais necessário, é preciso uma conversa que transcenda as barreiras das categorias. Alguns profissionais ainda se encontram afastados das demais categorias, focado todo o tempo na assistência, o que sugere uma reflexão sobre a postura desses profissionais na conjuntura institucional.

Durante a aplicação do questionário, surgiram alguns obstáculos, alguns profissionais têm insuficiência de tempo para atender ao pesquisador, não dão espaço para a abordagem, acrescentando-se a inexistência de um ambiente adequado para a realização da pesquisa. Desta forma, os indícios apontaram para a permanência da cultura institucional de desvalorização da existência, criação e manutenção dos espaços coletivos para os processos de discussão e pesquisa, um ambiente facilitador para debates e trocas de informações.

Os resultados indicam uma deficiência do diálogo interprofissional que motive um novo olhar para o cuidado, uma equivalência dos saberes, unindo-se em prol do ideal da saúde, que não se dê apenas para o cumprimento das leis, mas que vá além do ambiente institucional, em um processo de construção coletiva do cuidado.

A existência de pessoas excluídas do processo de discussão dos direitos da saúde coloca em questão a construção da cidadania, o desafio que se impõe é a transformação de indivíduos acostumados a pedir, em indivíduos que se acostumem em participar dos projetos comuns. Ampliar a consciência dos direitos dos usuários na prática dos serviços requer um trabalho educativo que envolva gestores, trabalhadores e usuários, isso porque a garantia constitucional e as leis não são suficientes para efetivação da prática, da atenção e da gestão humanizada.

A Carta dos direitos da pessoa usuária da saúde, utilizada como tema de ancoragem nas rodas de conversa, pode ser utilizada como um instrumento de humanização no cuidado e na educação para a cidadania dos trabalhadores, uma vez que contribui para refletir sobre as relações e as condições de funcionamento dos serviços, fornecendo meios para instigar mudanças. As rodas de conversa favoreceram o pensamento de "grupalidade" e estimulam a formação do coletivo, que contribui para o afloramento de um novo modo de promover saúde, pela instância da ética cidadã e humanitária.

A proposta da discussão em Rodas de Conversa sustentou-se na possibilidade de favorecer a fala, a comunicação para além das atividades cotidianas. Mostrou-se um caminho que poderá ser promissor para provocar mudanças no ambiente institucional, mas também com consideráveis enfrentamentos de dificuldades, por incompatibilidades de horários, diferenças de agendas e divergências de prioridades.

A pesquisa mostra que a Roda de Conversa aconteceu com maior participação, quando formalizamos os convites através das chefias, isto vem confirmar que cabe a gestão a mobilização e o incentivo aos profissionais, caso esse movimento em prol de um ambiente de maior integração disciplinar não aconteça por iniciativa dos gestores, muito provavelmente poderá delongar-se no caminho para sua efetivação.

O compartilhamento de experiências possibilitou criar uma ponte entre o discurso e a realidade. Ao destacar as palavras “Gestação” e “Reflorestamento” foi possível refletir sobre algo novo, que possa brotar e transformar nossa prática de cuidado, ver o cotidiano se modificando em cada momento, nas pequenas experiências.

Para que o direito seja realmente exercido, devemos compartilhar saberes mantendo as informações ao alcance de todos, de forma clara e em modelo simplificado.

A tomada de consciência do profissional de saúde sobre os direitos do usuário é o primeiro passo para diminuir as barreiras enfrentadas no acesso pleno e na compreensão da cidadania. Nas sociedades modernas e estruturadas como democracias representativas, os direitos se relacionam, de alguma forma com a informação. Com isso, é possível pressupor que o alargamento do direito à informação pode resultar em uma expansão no exercício da cidadania. Assim, a informação representa um propósito básico para o processo de construção de uma sociedade mais equilibrada.

Tendo em vista que a informação é indispensável na evolução da construção da cidadania, a questão da consciência em saúde emerge no que diz respeito ao fornecimento das informações e à efetivação dos direitos para os usuários. Destacam-se, então, três âmbitos envolvidos neste processo: o papel do poder público na divulgação das informações, a responsabilidade dos profissionais de

saúde no dever ético em informar e a participação dos usuários na busca por informações.

A existência das leis é importante no sentido de balizarem a consciência humana, mas a sua existência por si só não assegura sua execução e prática e se torna necessário, portanto, o exercício da proteção do direito, criando condições para que elas sejam efetivadas.

A divulgação dos espaços de direitos do cidadão, a facilitação de acesso aos serviços (como a ouvidoria, que é um canal de fala e escuta em espaço protegido), a propagação da Carta dos Direitos da Pessoa Usuária da Saúde em discussões e debates nos espaços já existentes, trarão benefícios aos profissionais e aos usuários. Sugerimos medidas simples no projeto aplicativo da pesquisa.

REFERÊNCIAS

AMARAL, M. A.; CAMPOS, G. W. S. Organização do trabalho e gestão do cuidado em saúde: uma metodologia de cogestão. *In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. (org.). **Gestão em saúde***. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 73-84.

ARAÚJO, M. M. T. de; SILVA, M. J. P. da; PUGGINA, A. C. G. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. **Rev. Esc. Enferm.USP**, v.41, n.3, p.419-425, 2007.

BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. *In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento***. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde; OPAS-OMS, 2016, p. 101-138.

BERNARDO, C. *et al.* **Evolução histórica da saúde no mundo**. 2012. Monografia (Graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul. Caxias do Sul, 2012. Disponível em: <https://www.ebah.com.br/content/ABAAA-HEAA/historia-saude-publica-no-mundo-final#>. Acesso em: 09 nov. 2017.

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. Êxodo; Eclesiaste: Antigo e Novo Testamentos. 16. Impr. São Paulo: Vida. 2005. p. 64; 647.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. Petrópolis: Rio de Janeiro, Vozes, 1999.

BOTTMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**, 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

BOURDIEU, P. Gostos de classe e estilos de vida. *In: ORTIZ, R. (org.). **Pierre Bourdieu: sociologia***. São Paulo: Ática, 1983.p. 82-121.

BOUWMAN, Marcelo Wanderley. A ética do cuidado na clínica psicanalítica. **Estud. Psicanal**, n.36, p. 109-116, 2011.

BRANDÃO, C. R. **O que é educação?**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei 6.439, de 1 de setembro de 1977. Institui o sistema nacional de previdência e assistência social – SINPAS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 set. 1977. Seção 1.

BRASIL. Portaria n. 3.062, de 23 de agosto de 1982. Aprova o plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social – CONASP. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 ago. 1982. Seção 1, p.15829.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social- MPAS-INAMPS- SUDS. **Sistemas unificados e descentralizados de saúde nos estados**: exposição de motivos dos ministros da saúde e da previdência social ao presidente da república de 10 de julho de 1987. Poder Executivo, Brasília, 1987.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação geral de desenvolvimento de recursos humanos para o SUS. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor**: área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS e o controle social**: guia de referência para conselheiros Municipais. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. **Projeto promoção da saúde as cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de formação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde – pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 28 p. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde (SGTES). Relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 46 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990. 8. Disponível em: www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf. Acesso em 02 de mar. 2018.

BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes. 1992.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMBI, F. **História da pedagogia**. Tradução Álvaro Lorencini. São Paulo: UNESP, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma da reforma: repensando a saúde. 1991. [398] f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313817>>. Acesso em: 13 jul. 2018.

CAMPOS, M. A. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. **J Bras Psiquiatr.**, v. 41., n. 6., p. 255-257, 1992.

CAMPOS, G. W.de S. **Saúde Paidéia**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, G. W. S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trab. Educ. Saúde**, v. 4, n.1, p.19-32, 2006.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, p.131, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.849-859, 2007.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria empowerment no projeto de promoção da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004.

CASATE, J. C; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13, n.1, p.105-111, 2005.

CASSIRER, E. **A filosofia do iluminismo.** Tradução Álvaro Cabral. Campinas, SP. Unicamp, 1997.

CASTRO, M. H. G., VIANA, A. L. A. **Brasil: a reforma do Sistema de Saúde.** Campinas: NEPP, 1992.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.41- 65, 2004.

CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.4, p.979-981, 2007.

CORRAZE, J. **As comunicações não verbais.** Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

CONFERENCIA NACIONAL DA SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório** [...] Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 23 jan 2019.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração De Alma-Ata.** Alma-Ata/URSS de 6 a 12 de outubro 1978. OMS; Unicef, 1979. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=399C34C7794E494A228E4CCA93970210?sequence=5. Acesso em: 20 out. 2016.

CONFERÊNCIA GLOBAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. 6., Bangkok/ Tailândia, 11 de agosto de 2005. **Carta de Bangkok para a promoção de saúde em um mundo globalizado.** Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

CONFERENÇA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DE SAÚDE, 1., 1986. Ottawa/Canada, novembro de 1986. **Carta De Ottawa**. Ottawa, 1986, http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Disponível em: 20 out. 2016.

CHARLOT, B. **Da relação com o saber**: elementos para uma teoria. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

CHOMSKY, N. Review of verbal behavior by. *In*: MUNGER, M. P., **The history of psychology**: fundamental questions. New York: Oxford University Press, 2003. p. 408-429.

CUNHA, G. T. **A clínica ampliada na atenção primária**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DEMO, P. **Educar pela pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Autores associados, 2000.

DRAIBE, S. M.; VIANA, A. L. D.; SILVA, P. L. B. Desenvolvimento de políticas de saúde nos anos 80: o caso brasileiro. Campinas. **NEPP/UNICAMP/OPAS (mimeo)**, 1990.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

FONSECA, M. J. A Paidéia grega revisitada. **Millenium – J. Educ. Technol. Health**, v.3, n.9, 1998.

FORTES, P. A. de C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde Soc.**, v.13, n.3, p.30-35, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 54 ed. Rio de Janeiro. Paz & Terra, 2016.

GELFAND, T., The history of the medical profession. *In*: BYNUM, W.F.; PORTER, R. (ed.). **Companion Encyclopedia of the History of Medicine**. London: Routledge. 1994. p.1119-1121.

GOHN, M. G. Educação não formal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas. **Ensaio: aval. pol.públ. Educ.**, v.14, n.50, p. 27-38, jan./mar. 2006.

GOMES, R. *et al.* Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. *In*: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (org.) **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 185-221.

GROSS, R. **Paidéia**: as múltiplas faces da utopia em pedagogia. 2005. 142 f. Tese (Doutorado em Educação) - Unicamp, Faculdade de Educação, Campinas, SP. Disponível em:

http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/252977/1/Gross_Renato_D.pdf.

Acesso em: 20 ago. 2017.

GUEDES, M. A. P. **Estado e ordem econômica e social**. Rio de Janeiro: Renovar, 1998. p. 80-83.

HEIDGGER, M. **Ser e Tempo**. Petrópolis RJ: Vozes. 1995. 1 v.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

INOJOSA, R. M. Intersectorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Rev. de Adm. Pública**, v.32, n.2, p.35-48, 1998.

JAEGER, W. W. **Cristianismo primitivo e paideia grega**. Tradução Daniel da Costa. Santo André-SP: Academia cristã, 2014.

JAPIASSU, H. **O sonho da transdisciplinaridade: e as razões da filosofia**. Rio de Janeiro: Imago 2006.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica: técnicas de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MAIA, M. S. **Extremos da alma**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

MARCO, M. A. de. **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

MARTINS, P. C. *et al.* Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p. 105-122, 2008.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde**. 2005. 80 f. Monografia (Graduação) - Universidade do Vale do Itajaí. Camboriú, 2005.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática: ou sobre a prática da integralidade. **Cad. de Saúde Pública**. v. 20, n. 5, pp. 1411-1416, 2004.

MATURANA, R. H. As bases biológicas do aprendizado. **Dois pontos**, v. 2, n. 16, p.64-70, 1993. Disponível em: <https://philpapers.org/rec/MATABB>. Acesso em: 20 ago. 2017.

MATURANA, R. H. **El sentido de lo humano**. 8. ed. Chile: Dolmen, 1996.

MATURANA, R. H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. 3. reimpr. Tradução José Fernando Campos Fortes. Belo Horizonte: UFMG, 1998, 2002.

MATURANA, R. H. **Amar e brincar: fundamentos esquecidos do humano do patriarcado à democracia**. São Paulo: Palas Athena, 2004.

MATURANA, R. H.; VERDEN-ZÖLLER, G. **Amar e brincar: fundamentos esquecidos do humano**. 3. ed. São Paulo: Palas Athena, 2011.

MATURANA, H. **A ontologia da realidade**. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2014. (Humanitas).

MENDES, F. D. C., CARDOSO R. M. Evolução da linguagem simbólica. *In*: YAMAMOTO E.; OTTA E. (ed.). **Psicologia evolucionista**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 65-76.

MENI GONÇALVES, L. **O direito fundamental social á saúde: do biopoder às audiências públicas de saúde como instrumento da democracia deliberativa**. 2012. 132f. Dissertação (Mestrado em Constitucionalismo e Democracia) – Faculdade de Direito do Sul de Minas. Programa de Pós-Graduação em Direito, Pouso Alegre, 2012.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). *In*: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 125-143.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MEHRY, E. E. Introdução ao debate sobre os componentes da caixa de ferramentas dos gestores em saúde. **Projeto Piloto da VER-SUS Brasil**, 2005. (Cadernos de Textos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/versus_brasil_vivencias_estagios.pdf>. Acesso em: 13 set. 2017.

MERHY, E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saude Soc**. v.21, n.2, p.267-279, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000200002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2017.

MEIRELES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. A questão das disciplinas e da interdisciplinaridade como processo educativo na área da saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v.8, n.1, p.149-165, 1999.

MERQUIOR, M. Converso logo existo: reflexões sobre a conversa como instrumento de humanização da saúde. *In*: MAIA, M. S.(org.). **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009. p. 285-303.

MINAYO MC. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Emancipação**, v. 10, n. 2, p. 435-442, 2010. Disponível em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/biblioteca4/Desktop/2019/1937-6362-2-PB.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2017.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2011.

MULLER, N. J. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Rev. Saúde em Debate**. n. 31, 1991.

NÓBREGA, G. S. M. da et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paul. Enferm.**, v.22, n.3, p. 323-327, 2009.

NUCLEO DE ESTUDOS DE POLITICAS PUBLICAS - NEPP. **Brasil, 1987**: relatório sobre a situação social do país. Campinas: Unicamp, 1989.

NUNES, T. C. M. Educação continuada: uma proposta para a área de epidemiologia no sistema único de saúde no Brasil. **Cenepi, Informe Epidemiológico do SUS**, p. 45-54, 1993.

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

OLIVEIRA, D. L. L. C. de. A "nova" saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.13, n.3, p. 423-431, 2005.

ORIÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. A. Comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Rev. Eletr. Enf.**, v.6, n.2, p.292-297, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Trabalhando juntos pela saúde**: relatório mundial da saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos básicos em saúde).

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PIAGET, J. **A representação do mundo na criança.**, 4. impr. São Paulo: Ideias & Letras, 2017

QUEIROZ, M. V, JORGE, M. S. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**; v.19, n. 10, p. 117-130, 2006.

RECH, C. M. F. **Humanização hospitalar**: o que pensam os tomadores de decisão a respeito? 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2003.

RIBEIRO, R. J. Não há pior inimigo do conhecimento que a terra firme. *In*: RINGER, F. K. **O declínio dos mandarins alemães: a comunidade acadêmica alemã, 1980-**

1933. Tradução Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Edusp, 2000. (Coleção Clássicos, v.19)

RIBEIRO, L. T. F. *et al.* In: VASCONCELOS JÚNIOR, R. E. P. *et al.* (org.). **Cultura, educação, espaço e tempo.** Fortaleza: 2011.

ROCHA, J. C. de S. **Direito da saúde:** direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos. São Paulo: Ltr, 1999.

RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde:** promessas e limites da constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.15-25, 2003.

ROSA, R. B. *et al.* A educação em saúde no currículo de um curso de enfermagem: o aprender para educar. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 27, n. 2, p. 185-192, 2006.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública.** São Paulo: Hucitec, 1994.

ROSSETTI-FERREIRA, M. C. A necessária associação entre educar e cuidar. Porto Alegre: Artmed. **Rev. Pátio Educação Infantil**, ano 1, n. 1, p. 10-12, 2003.

SACRAMENTO, M. H.; FERRERIA, S. M. B. O educador e a linguagem: interação e aprendizado. **Rev. Humanitates**, v.1, n.2, p.1-9, 2004.

SAMPAIO, T. M. M. **O não-verbal na comunicação pedagógica.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

SANTANA, J. L. O Princípio constitucional da eficiência e o sistema único de saúde (SUS). In: BLIACHERIENE, A. C.; SANTOS, J. S. dos. (org). **Direito à vida e à saúde.** São Paulo: Atlas, 2010.

SANTOS, I. M. M. Maternagem e atendimento à criança e à sua mãe. **Rev. Enfermagem Atual.** ano 04, n. 19, p. 27-30, 2004.

SÃO PAULO (Estado). Lei n. 10.294, de 20 de abril de 1999. Dispõe sobre proteção e defesas dos lares do serviço público do Estado de São Paulo e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 20 abr. 1999. Seção I, p. 2.

SARLET, I. W. **Pela Mão de Alice:** o social e o político na pós - modernidade. São Paulo: Cortez, 1996.

SARLET, I. W. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988.** 4. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS.** Franca: UNESP; 2009.

SEIDL-DE-MOURA, M. L., *et al.* Interações iniciais mãe-bebê. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.17, n. 3, p. 295-302, 2004.

SEVALHO, G. Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença. **Cad. Saúde Públ.**, v. 9, n.3, p. 349-363, 1993.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, n.supl1, p.1685-1698, 2010.

SHEEHAN, J. J. **German history: 1770-1866**. Oxford: Clarendon Press, 1991.

SIGERIST, H. **Civilization and disease**. 2. ed. Chicago: Cornell University Press, 2018.

SILVA, L. M. G. et al. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.8, n.4, p.52-58, 2000.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. de. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Revista brasileira de enfermagem**. v. 59, n. 4, p. 488-491, 2006.

SILVA, C. P.; DIAS, M. S. A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da estratégia saúde da família. **Ciênc. Saude Coletiva**, v.14, supl.1, p.1453-1462, 2009.

SILVA, M. J. P. da. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

SILVA JUNIOR, A. G.; PONTES, A. L. M.; HENRIQUES, R. L. M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade *In*: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R. A. (orgs). **Ensinar Saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESQ; ABRASCO, 2006. p.93-110.

SIMONETTI, J. R.; ADRIÃO, M.; CAVASIN, S. Saúde sexual e reprodutiva: uma experiência de rodas de conversa em Corumbá - Mato Grosso e Foz do Iguaçu - Paraná. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde**: experiências do Brasil. Brasília, 2007. p. 247-52.

SOUZA, J. **A ralé brasileira**: Quem é e como vive. Belo Horizonte: UFMG, 2011.

TORRES, S. J. **Globalização e interdisciplinaridade**: o currículo integrado. Porto Alegre: Artmed, 1998.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas pedagógicas em atenção básica a saúde**: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Módulo 4. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1704.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2017.

VAITSMAN, J. *et al.* Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p. 599-613, 2005.

VIANA, A. L. da. **Sistema e descentralização**: a política de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80, formação e tensões. 1994. 188f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas, 1994.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. de Sá. O Direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Rev. de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v.10, n.3, p. 1984-1639, 2016.

WALLON, H. **As origens do caráter na criança**. Tradução de Heloysa Dantas de Souza Pinto. São Paulo: Nova Alixandria, 1995.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1998.

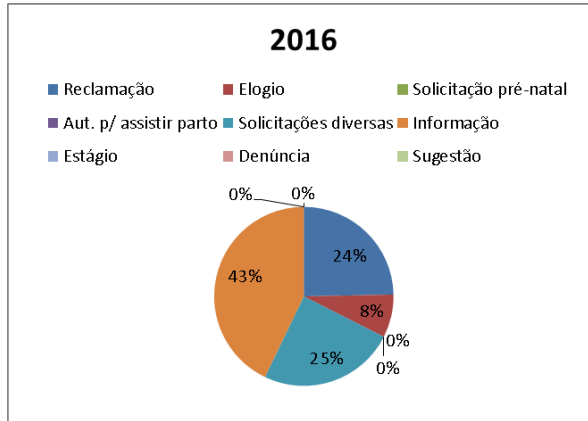
WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes. 2006. 98p.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e atenção básica**: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família. 2003. 253f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

Anexo A – Dados Da Ouvidoria

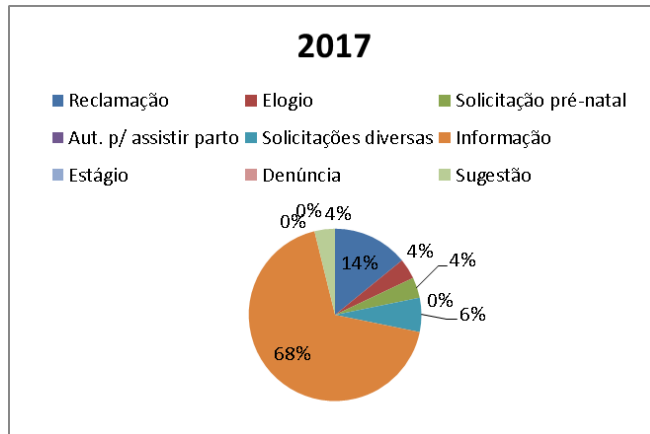
Resultado da identificação dos pontos positivos e negativos no atendimento ao usuário, fornecido pelo serviço de ouvidoria da Maternidade Escola da UFRJ.
 Dados fornecidos pela ouvidoria em ordem cronológica:

Gráfico 1 - Dados da Ouvidoria 2016



Fonte: Elaborado ouvidoria ME/UFRJ, 2016

Gráfico 2 – Dados da ouvidoria 2017



Fonte: Elaborado ouvidoria ME/UFRJ, 2017

Gráfico 3 – Dados da ouvidoria 2018

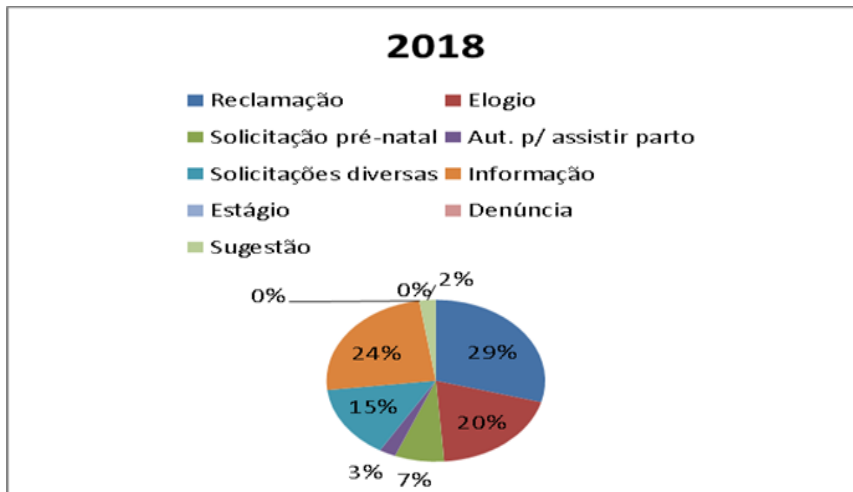
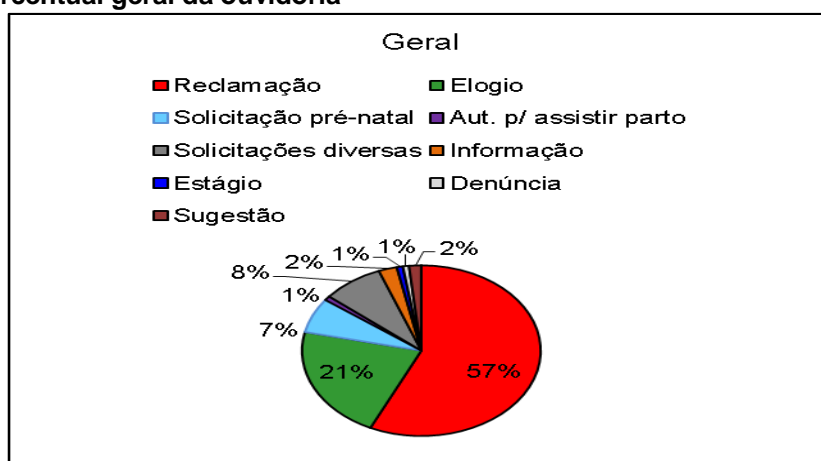


Gráfico 4 – Percentual geral da ouvidoria

Fonte: Elaborado ouvidoria ME/UFRJ, 2018

Denuncia	01%
Elogio	21%
Estagio	01%
Informações	02%
Reclamações	57%
Solicitações diversas	08%
Solicitação para assistir parto	01%
Solicitação pré-natal	07%
Sugestão	02%

Fonte: Elaborado pela ouvidoria, 2018

Dados fornecidos pelo serviço de Ouvidoria

Informações coletadas nos três encontros com o serviço de ouvidoria:

- Encaminhamento do usuário para a ouvidoria, na maioria das vezes, é feita pelo serviço de vigilância.
- As queixas ou elogios são direcionados a um profissional.
- Reclamações feitas pelo usuário, na maioria das vezes, são de cunho pessoal como catarse; é pedido que não se faça o registro para apuração.
- Segundo relatos dos usuários, não efetivam-se o registro das denúncias por temerem não serem mais atendidos na instituição.
- Dificuldade no atendimento à solicitação do usuário para que ocorra uma mudança de profissional no seu atendimento.
- Queixa mais frequente dos usuários é em relação ao serviço de ambulatório.
- A queixa mais frequente é sobre o tempo de espera para ser atendido.

Anexo B – Carta de Direitos dos Usuários da Saúde

Ministério da Saúde
Conselho Nacional de Saúde

CARTA^{DE}
DOS DIREITOS
USUÁRIOS



Brasília/DF - 2012

© 2012 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que cita- da a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2012 – 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações: MINISTÉRIO DA SAÚDE

Rafael Bicalho Thiago Cabral Wilany Santos

Conselho Nacional de Saúde Esplanada dos Ministérios, Bloco G,
Edifício Anexo, Ala B, 1º andar, salas 103 a115 CEP: 70058-900, Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-2151 / 2150
Faxes: (61) 3315-2414 / 2472
E-mail: cns@saude.gov.br
Home page: www.conselho.saude.gov.br

Conselho Nacional de Saúde Presidente
Alexandre Rocha Santos Padilha

Mesa Diretora
Alexandre Rocha Santos Padilha Francisco Batista Junior
Jorge Alves de Almeida Venâncio Marisa Fúria Silva
Clóvis Adalberto Bouffeur Jurema Pinto Werneck Alcides Silva de Miranda

Secretário Executivo do CNS
Márcio Florentino Pereira

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Jurandir Frutuoso
Equipe de Comunicação
Denise Miranda Alexandre Poli

Projeto Gráfico e Capa
Rafael Bicalho

Editora MS
Coordenação de Gestão Editorial SIA, trecho 4, lotes
540/610 CEP: 71200-040, Brasília – DF Tels.: (61) 3233-1774 / 2020

Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Normalização:
Revisão

Brasil. Ministério da Saúde.

Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – 1. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

xx p. : il. – (Série E. Legislação de Saúde)

ISBN

1. Direito à saúde. 2. Defesa do paciente. 3. Legislação em saúde. I. Título. II. Série.

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS

Títulos para indexação:

Em inglês: Letter of the health users rights

Em espanhol: Carta de los derechos de los usuarios de la salud

Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

Dentre as propostas da 14ª Conferência Nacional de Saúde, na diretriz 2, está descrito que é preciso divulgar a Carta para a comunidade por meio de veículos de comunicação e ações intersetoriais entre empresas, escolas, igrejas, sindicatos, associações de moradores, produtores, profissionais da saúde e outros.

A divulgação desta carta tem o compromisso da Carta de Brasília, anexo do item 12, aprovada no XXVII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e VIII Congresso Brasileiro de Cultura de Paz e Não-Violência, no período de 08 a 12 de Julho de 2011.

Resumo das Diretrizes da Carta dos Direitos e Deveres

- 1.** Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.
- 2.** Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde.
- 3.** Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, acolhedor e acessível a todas as pessoas.
- 4.** Toda pessoa deve ter seus valores, sua cultura, crença e seus direitos respeitados na relação com os serviços de saúde.
- 5.** Toda pessoa é responsável para que seu tratamento e

sua recuperação sejam adequados e sem interrupção.

6. Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e as diversas formas de participação da comunidade.

7. Toda pessoa tem direito a participar dos conselhos e das conferências de saúde e de exigir que os gestores federal, estaduais e municipais cumpram os princípios desta carta.

carta dos direitos dos Usuários da Saúde foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde em junho de 2009, e publicada na PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009

Diário Oficial
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
sa Nacional BRASÍLIA – DF .Nº 155 – DOU – 14/08/09 – seção 1-
p.80
MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO
PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009

Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições previstas no inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando os arts. 6º e 196 da Constituição Federal;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde a organização e funcionamento dos serviços correspondentes; e

Considerando a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, de 2003, do Ministério da Saúde; e Considerando a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, de 2007, do Ministério da Saúde, resolve:

1º Dispor sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde nos termos da legislação vigente.

2º Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.

§ 1º O acesso será preferencialmente nos serviços de Atenção básica integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais, próximos de sua casa.

§ 2º Nas situações de urgência/emergência, qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa bem como encaminhá-la para outro serviço no caso de necessidade.

§ 3º Em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário, em tempo hábil e em condições seguras para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema.

§ 4º O encaminhamento às especialidades e aos hospitais, pela Atenção Básica, será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta a gravidade do problema a ser analisado pelas centrais de regulação.

§ 5º Quando houver alguma dificuldade temporária para atender as pessoas é da responsabilidade da direção e da equipe do serviço, acolher, dar informações claras e encaminhá-las sem discriminação e privilégios.

Parágrafo único. É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, para isso deve ser assegurado:

I - atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento;

II - informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível quanto a:

- a) possíveis diagnósticos;
- b) diagnósticos confirmados;
- c) tipos, justificativas e riscos dos exames solicitados;
- d) resultados dos exames realizados;

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

p) - registro atualizado e legível no prontuário, das seguintes informações:

q) motivo do atendimento e/ou internação;

r) dados de observação e da evolução clínica;

s) prescrição terapêutica;

t) avaliações dos profissionais da equipe; e) procedimentos e cuidados de enfermagem;

u) quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológicos;

v) a quantidade de sangue recebida e dados que garantam a qualidade do sangue, como origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

w) identificação do responsável pelas anotações;

x) outras informações que se fizerem necessárias;

y) - o acesso à anestesia em todas as situações em que indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento;

- o recebimento das receitas e prescrições terapêuticas, devem conter:

a) o nome genérico das substâncias prescritas;

b) clara indicação da dose e do modo de usar.

c) escrita impressa, datilografada ou digitada, ou em caligrafia legível;

d) textos sem códigos ou abreviaturas;

e) o nome legível do profissional e seu número de registro no conselho profissional; e

f) a assinatura do profissional e a data;

III - recebimento, quando prescritos, dos medicamentos que compõem a farmácia básica e, nos casos de necessidade de medicamentos de alto custo deve ser garantido o acesso conforme protocolos e normas do Ministério da Saúde;

IV - o acesso à continuidade da atenção no domicílio, quando pertinente, com estímulo e orientação ao autocuidado que fortaleça sua autonomia e a garantia de acompanhamento em qualquer serviço que for necessário;

V - o encaminhamento para outros serviços de saúde deve ser por meio

de um documento que contenha:

- a) caligrafia legível ou datilografada ou digitada ou por meio eletrônico;
- b) resumo da história clínica, possíveis diagnósticos, tratamento realizado, evolução e o motivo do encaminhamento;
- c) linguagem clara evitando códigos ou abreviaturas;
- d) nome legível do profissional e seu número de registro no conselho profissional, assinado e datado; e identificação da unidade de saúde que recebeu a pessoa, assim como da Unidade que está sendo encaminhada

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

I - identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas;

I a identificação dos profissionais, por crachás visíveis, legíveis e/ou por outras formas de identificação de fácil percepção;

II - nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o seguinte:

IV a integridade física;

V a privacidade e ao conforto;

VI a individualidade;

VII aos seus valores éticos, culturais e religiosos;

VIII a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal;

IX a segurança do procedimento;

X o bem-estar psíquico e emocional;

III - o atendimento agendado nos serviços de saúde, preferencialmente com hora marcada;

IV - o direito a acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas e exames;

V - o direito a acompanhante, nos casos de internação, nos casos previstos em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida;

VI - o direito a visita diária não inferior a duas horas, preferencialmente aberta em todas as unidades de internação, ressalvadas as situações técnicas não indicadas;

II - a informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, baseado nas evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha;

III - a escolha do local de morte;

IV - o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto;

V - o recebimento de visita, quando internado, de outros profissionais de saúde que não pertençam àquela unidade hospitalar sendo facultado a esse profissional o acesso ao prontuário;

VI - a opção de marcação de atendimento por telefone

VII - para pessoas com dificuldade de locomoção; - o recebimento de visita de religiosos de qualquer credo, sem que isso acarrete mudança da rotina de tratamento e do estabelecimento e ameaça à segurança ou perturbações a si ou aos outros;

VIII - a não-limitação de acesso aos serviços de saúde por barreiras físicas, tecnológicas e de comunicação; e a espera por atendimento em lugares protegidos, limpos e ventilados, tendo à sua disposição água potável e sanitários, e devendo os serviços de saúde se organizarem de tal forma que seja evitada a demora nas filas

5º Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, garantindo-lhe:

a) - a escolha do tipo de plano de saúde que melhor lhe convier, de acordo com as exigências mínimas constantes da legislação e a informação pela operadora sobre a cobertura, custos e condições do plano que está adquirindo;

b) - o sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo nos casos de risco à saúde pública;

III - o acesso da pessoa ao conteúdo do seu prontuário ou de pessoa por ele autorizada e a garantia de envio e fornecimento de cópia, em caso de encaminhamento a outro serviço ou mudança de domicílio;

IV - a obtenção de laudo, relatório e atestado médico, sempre que justificado por sua situação de saúde;

V - o consentimento livre, voluntário e esclarecido, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública, considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais;

VI - a não-submissão a nenhum exame de saúde pré-admissional, periódico ou demissional, sem conhecimento e consentimento, exceto nos casos de risco coletivo;

VII - a indicação de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia;

VIII - o recebimento ou a recusa à assistência religiosa, psicológica e social;

IX - a liberdade, em qualquer fase do tratamento, de procurar segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados;

X - a não-participação em pesquisa que envolva ou não tratamento experimental sem que tenha garantias claras da sua liberdade de escolha e, no caso de recusa em participar ou continuar na pesquisa, não poderá sofrer constrangimentos, punições ou sanções pelos serviços de saúde, sendo necessário, para isso;

a) que o dirigente do serviço cuide dos aspectos éticos da pesquisa e estabeleça mecanismos para garantir a decisão livre e esclarecida da pessoa;

b) que o pesquisador garanta, acompanhe e mantenha a integridade da saúde dos participantes de sua pesquisa, assegurando-lhes os benefícios dos resultados encontrados;

c) que a pessoa assine o termo de consentimento livre e esclarecido;

XI - o direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio das ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, no sigilo e na confidencialidade;

- XII - a participação nos processos de indicação e/ou eleição de seus representantes nas conferências, nos conselhos de saúde e nos conselhos gestores da rede SUS.

6º Toda pessoa tem responsabilidade para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção.

Parágrafo único. Para que seja cumprido o disposto no caput deste artigo, as pessoas deverão:

I - prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações sobre:

- a) queixas;
- b) enfermidades e hospitalizações anteriores;
- c) história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas; demais informações sobre seu estado de saúde;

II - expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas e, caso ainda tenha dúvidas, solicitar esclarecimento sobre elas;

III - seguir o plano de tratamento proposto pelo profissional ou pela equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, que deve ser compreendido e aceito pela pessoa que também é responsável pelo seu tratamento;

IV- informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde;

V- assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde;

VI- contribuir para o bem-estar de todos nos serviços de saúde, evitando ruídos, uso de fumo e derivados do tabaco e bebidas

alcoólicas, colaborando com a segurança e a limpeza do ambiente;

VII - adotar comportamento respeitoso e cordial com às demais pessoas que usam ou que trabalham no estabelecimento de saúde;

VIII - ter em mão seus documentos e, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder;

IX - cumprir as normas dos serviços de saúde que devem resguardar todos os princípios desta Portaria;

X - ficar atento às situações de sua vida cotidiana que coloquem em risco sua saúde e a da comunidade, e adotar medidas preventivas;

XI - comunicar aos serviços de saúde, às ouvidorias ou à vigilância sanitária irregularidades relacionadas ao uso e à oferta de produtos e serviços que afetem a saúde em ambientes públicos e privados;

XII - desenvolver hábitos, práticas e atividades que melhorem a sua saúde e qualidade de vida;

XIII - comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de caso de doença transmissível, quando a situação requerer o isolamento ou quarentena da pessoa ou quando a doença constar da relação do Ministério da Saúde; e

XIV - não dificultar a aplicação de medidas sanitárias, bem como as ações de fiscalização sanitária.

7º Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação.

§ 1º O direito previsto no caput deste artigo, inclui a informação, com linguagem e meios de comunicação adequados, sobre:

I - o direito à saúde, o funcionamento dos serviços de saúde e sobre o SUS;

II - os mecanismos de participação da sociedade na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas e da gestão do SUS;

III - as ações de vigilância à saúde coletiva compreendendo a vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental; e

IV - a interferência das relações e das condições sociais, econômicas, culturais, e ambientais na situação da saúde das pessoas e da coletividade.

§ 2º Os órgãos de saúde deverão informar as pessoas sobre a rede SUS mediante os diversos meios de comunicação, bem como nos serviços de saúde que compõem essa rede de participação popular, em relação a:

I - endereços; . . .

II - telefones;

III - horários de funcionamento; e

IV - ações e procedimentos disponíveis.

§ 3º Em cada serviço de saúde deverá constar, em local visível à população:

I - nome do responsável pelo serviço;

II - nomes dos profissionais; horário de trabalho de cada membro da equipe, inclusive do responsável pelo serviço; e

III - ações e procedimentos disponíveis.

§ 4º As informações prestadas à população devem ser claras, para propiciar a compreensão por toda e qualquer pessoa.

§ 5º Os conselhos de saúde deverão informar à população sobre:

I - formas de participação;

II - composição do conselho de saúde; III - regimento interno dos conselhos; IV - Conferências de Saúde;

V - data, local e pauta das reuniões; e

VI - deliberações e ações desencadeadas.

§ 6º O direito previsto no caput desse artigo inclui a participação de conselhos e conferências de saúde, o direito de representar e ser representado em todos os mecanismos de participação e de controle social do SUS.

8º Toda pessoa tem direito a participar dos conselhos e conferências de saúde e de exigir que os gestores cumpram os princípios anteriores.

Parágrafo único. Os gestores do SUS, das três esferas de governo, para observância desses princípios, compromete-se a:

- I - promover o respeito e o cumprimento desses direitos e deveres, com a adoção de medidas progressivas, para sua efetivação;
- II - adotar as providências necessárias para subsidiar a divulgação desta Portaria, inserindo em suas ações as diretrizes relativas aos direitos e deveres das pessoas;
- III - incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias e participação de controle social do SUS;
- IV - promover atualizações necessárias nos regimentos e estatutos dos serviços de saúde, adequando-os a esta Portaria;
- V - adotar estratégias para o cumprimento efetivo da legislação e das normatizações do Sistema Único de Saúde;
- VI - promover melhorias contínuas, na rede SUS, como a informatização, para implantar o Cartão SUS e o Prontuário Eletrônico com os objetivos de:
 - a) otimizar o financiamento;
 - b) qualificar o atendimento aos serviços de saúde;
 - c) melhorar as condições de trabalho;
 - d) reduzir filas; e
 - e) ampliar e facilitar o acesso nos diferentes serviços de saúde.

Art. 9º Os direitos e deveres dispostos nesta Portaria constitui em a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

Parágrafo único. A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde deverá ser disponibilizada a todas as pessoas por meios físicos e na internet, no seguinte endereço eletrônico: www.saude.gov.br.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 11. Fica revogada a Portaria nº 675, de 30 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 63 de 31 de março de 2006, seção 1, página 131.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO C – Atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde



Publicada a Resolução CNS n. 553 que aprova a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde anexa a esta Resolução.

RESOLUÇÃO CNS N. 553, DE 9 DE AGOSTO DE 2017

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 61ª Reunião Extraordinária, realizada no dia 9 de agosto de 2017, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e

Considerando a necessidade de atualização da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, publicada por meio da Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, a partir da legislação e avanços do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde a organização e funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS;

Considerando a Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

Considerando a Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência);

Considerando a Lei nº 12.527 (Lei de Acesso à Informação), de 18 de novembro de 2011;

Considerando a Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, que dispõe sobre a participação, a proteção e a defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública;

Considerando o Decreto nº 6.040, de 07 de fevereiro de 2007, que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais;

Considerando a Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;

Considerando a Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais;

Considerando a Portaria nº 2.866, de 02 de dezembro de 2011, que institui a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta;

Considerando as Diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, de 2003;

Considerando a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007;

Considerando a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS), Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013;

Considerando a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, Resolução CNS nº 363, de 11 de agosto de 2006;

Considerando a Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC);

Considerando as diretrizes estabelecidas nas Conferências de Saúde, nas esferas Municipal, Estadual e Nacional, e no Conselho Nacional de Saúde, em defesa do SUS e dos seus princípios;

Considerando as proposições do Grupo de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde, que elaborou propostas e sistematizou as contribuições da Consulta à Sociedade, realizada de maio a junho de 2017, para atualização da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; e

Considerando que compete ao Conselho Nacional de Saúde o fortalecimento da participação e do controle social no SUS (artigo 10, IX da Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008).

Resolve:

Aprovar a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde anexa a esta Resolução. Homologo a Resolução CNS nº 553, de 9 de agosto de 2017, com base no Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

ANEXO:

Primeira diretriz: toda pessoa tem direito, em tempo hábil, ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.

I – Cada pessoa possui direito de ser acolhida no momento em que chegar ao serviço e conforme sua necessidade de saúde e especificidade, independentemente de senhas ou procedimentos burocráticos, respeitando as prioridades garantidas em Lei.

II – A promoção e a proteção da saúde devem estar relacionadas com as condições sociais, culturais e econômicas das pessoas, incluídos aspectos como:

- a) segurança alimentar e nutricional;
- b) saneamento básico e ambiental;
- c) tratamento às doenças negligenciadas conforme cada região do País;
- d) iniciativas de combate às endemias e doenças transmissíveis;
- e) combate a todas as formas de violência e discriminação;
- f) educação baseada nos princípios dos Direitos Humanos;
- g) trabalho digno; e
- h) acesso à moradia, transporte, lazer, segurança pública e previdência social.

§1º O acesso se dará preferencialmente nos serviços de Atenção Básica.

§2º Nas situações de urgência e emergência, qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa bem como encaminhá-la para outro serviço no caso de necessidade.

§3º Em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário, em tempo hábil e em condições seguras para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema.

§4º O encaminhamento às especialidades e aos hospitais, pela Atenção Básica, será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta a gravidade do problema a ser analisado pelas centrais de regulação, com transparência.

§5º Quando houver alguma dificuldade temporária para atender as pessoas é da responsabilidade da direção e da equipe do serviço, acolher, dar informações claras e encaminhá-las sem discriminação e privilégios.

Segunda diretriz: toda pessoa tem direito ao atendimento integral, aos procedimentos adequados e em tempo hábil a resolver o seu problema de saúde, de forma ética e humanizada.

Parágrafo único. É direito da pessoa ter atendimento adequado, inclusivo e acessível, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, e para isso deve ser assegurado:

I – atendimento ágil, com estratégias para evitar o agravamento, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento;

II – disponibilidade contínua e acesso a bens e serviços de imunização conforme calendário e especificidades regionais;

II – espaços de diálogo entre usuários e profissionais da saúde, gestores e defensoria pública sobre diferentes formas de tratamentos possíveis.

III – informações sobre o seu estado de saúde, de forma objetiva, respeitosa, compreensível, e em linguagem adequada a atender a necessidade da usuária e do usuário, quanto a:

- a) possíveis diagnósticos;
- b) diagnósticos confirmados;
- c) resultados dos exames realizados;
- d) tipos de exames solicitados, as justificativas e riscos;
- e) objetivos, riscos e benefícios de procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou de tratamento;
- f) duração prevista do tratamento proposto;
- g) quanto a procedimentos diagnósticos e tratamentos invasivos ou cirúrgicos;
- h) a necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração;
- i) partes do corpo afetadas pelos procedimentos, instrumental a ser utilizado, efeitos colaterais, riscos ou consequências indesejáveis;
- j) duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação;
- k) evolução provável do problema de saúde;

l) informações sobre o custo das intervenções das quais a pessoa se beneficiou;

m) outras informações que forem necessárias;

I – que toda pessoa tem o direito de decidir se seus familiares e acompanhantes deverão ser informados sobre seu estado de saúde;

II – o registro atualizado e legível no prontuário, das seguintes informações:

a) motivo do atendimento ou internação;

b) dados de observação e da evolução clínica;

c) prescrição terapêutica;

d) avaliações dos profissionais da equipe;

e) procedimentos e cuidados de enfermagem;

f) quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológicos;

g) a quantidade de sangue recebida e dados que garantam a qualidade do sangue, como origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

h) identificação do responsável pelas anotações;

i) data e local e identificação do profissional que realizou o atendimento;

j) outras informações que se fizerem necessárias;

I – o acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento;

II – o recebimento das receitas e prescrições terapêuticas, deverão conter:

a) o nome genérico das substâncias prescritas;

b) clara indicação da dose e do modo de usar;

c) escrita impressa, datilografada ou digitada, ou em caligrafia legível;

d) textos sem códigos ou abreviaturas;

e) o nome legível do profissional e seu número de registro no conselho profissional; e

f) a assinatura do profissional e a data;

I – o recebimento dos medicamentos, quando prescritos, que compõem a farmácia básica e, nos casos de necessidade de medicamentos de alto custo, deve ser garantido o acesso conforme protocolos e normas do Ministério da Saúde;

II – a garantia do acesso à continuidade da atenção no domicílio, quando pertinente, com estímulo e orientação ao autocuidado que fortaleça sua autonomia e a garantia de acompanhamento em qualquer serviço que for necessário, extensivo à rede de apoio;

III – o encaminhamento para outros serviços de saúde deve ser por meio de um documento que contenha:

a) caligrafia legível ou datilografada ou digitada ou por meio eletrônico;

b) resumo da história clínica, possíveis diagnósticos, tratamento realizado, evolução e o motivo do encaminhamento;

c) linguagem clara evitando códigos ou abreviaturas;

d) nome legível do profissional e seu número de registro no conselho profissional, assinado e datado; e

e) identificação da unidade de saúde que recebeu a pessoa, assim como da Unidade a que está sendo encaminhada.

Terceira diretriz: toda pessoa tem direito ao atendimento inclusivo, humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível.

§1º Nos serviços de saúde haverá igual visibilidade aos direitos e deveres das pessoas usuárias e das pessoas que trabalham no serviço de saúde.

§2º A Rede de Serviços do SUS utilizará as tecnologias disponíveis para facilitar o agendamento de procedimentos nos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade.

§3º Os serviços de saúde serão organizados segundo a demanda da população, e não limitados por produção ou quantidades de atendimento pré-determinados.

§4º A utilização de tecnologias e procedimentos nos serviços deverá proporcionar celeridade na realização de exames e diagnósticos e na disponibilização dos resultados.

§5º Haverá regulamentação do tempo de espera em filas de procedimentos.

§6º A lista de espera de média e alta complexidade deve considerar a agilidade e transparência.

§7º As medidas para garantir o atendimento incluem o cumprimento da carga horária de trabalho dos profissionais de saúde.

§8º Nas situações em que ocorrer a interrupção temporária da oferta de procedimentos como consultas e exames, os serviços devem providenciar a remarcação destes procedimentos e comunicar aos usuários.

§9º As redes de serviço do SUS deverão se organizar e pactuar no território a oferta de plantão de atendimento 24 horas, inclusive nos finais de semana.

§10 Cada serviço deverá adotar medidas de manutenção permanente dos equipamentos, bens e serviços para prevenir interrupções no atendimento.

§11 É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

I – identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil, sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas;

II – a identificação dos profissionais, por crachás visíveis, legíveis e por outras formas de identificação de fácil percepção;

III – nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o seguinte:

a) integridade física;

b) a privacidade e ao conforto;

c) a individualidade;

d) aos seus valores éticos, culturais, religiosos e espirituais;

e) a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal;

f) a segurança do procedimento;

g) o bem-estar psíquico e emocional;

h) a confirmação do usuário sobre a compreensão das questões relacionadas com o seu atendimento e possíveis encaminhamentos.

I – o atendimento agendado nos serviços de saúde, preferencialmente com hora marcada;

II – o direito a acompanhante, pessoa de sua livre escolha, nas consultas e exames;

III – o direito a acompanhante, nos casos de internação, nas situações previstas em lei, assim como naqueles em que a autonomia da pessoa estiver comprometida, com oferta de orientação específica e adequada para os acompanhantes;

IV – o direito a visita diária não inferior a duas horas, preferencialmente, abertas em todas as unidades de internação, ressalvadas as situações técnicas não indicadas;

V – a continuidade das atividades escolares, bem como o estímulo à recreação, em casos de internação de criança ou adolescente;

VI – a informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, baseado em evidências e a relação custo-benefício da escolha de tratamentos, com direito à recusa, atestado pelo usuário ou acompanhante;

VII – a escolha do local de morte;

VIII – o direito à escolha de tratamento, quando houver, inclusive as práticas integrativas e complementares de saúde, e à consideração da recusa de tratamento proposto;

IX – o recebimento de visita, quando internado, de outros profissionais de saúde que não pertençam àquela unidade hospitalar sendo facultado a esse profissional o acesso ao prontuário;

X – a opção de marcação de atendimento pessoalmente, por telefone e outros meios tecnológicos disponíveis e acessíveis;

XI – o recebimento de visita de religiosos de qualquer credo, sem que isso acarrete mudança da rotina de tratamento e do estabelecimento e ameaça à segurança ou perturbações a si ou aos outros;

XII – a não-limitação de acesso aos serviços de saúde por barreiras físicas, tecnológicas e de comunicação;

XIII – a espera por atendimento em lugares protegidos, limpos e ventilados, tendo a sua disposição água potável e sanitários, e devendo os serviços de saúde se organizarem de tal forma que seja evitada a demora nas filas;

XIV – soluções para que não haja acomodação de usuários em condições e locais inadequados.

Quarta diretriz: toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde.

Parágrafo único: os direitos do caput serão garantidos por meio de:

I – escolha do tipo de plano de saúde que melhor lhe convier, de acordo com as exigências mínimas constantes da legislação e a informação pela operadora sobre a cobertura, custos e condições do plano que está adquirindo;

- II – sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo nos casos de risco à saúde pública;
- III – acesso da pessoa ao conteúdo do seu prontuário ou de pessoa por ele autorizada e a garantia de envio e fornecimento de cópia, em caso de encaminhamento a outro serviço ou mudança de domicílio;
- IV – obtenção de laudo, relatório e atestado sempre que justificado por sua situação de saúde;
- V – consentimento livre, voluntário e esclarecido, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública, considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais;
- VI – pleno conhecimento de todo e qualquer exame de saúde admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função, ou demissional realizado e seus resultados;
- VII – a indicação de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia;
- VIII – o recebimento ou a recusa à assistência religiosa, espiritual, psicológica e social;
- IX – a liberdade, em qualquer fase do tratamento, de procurar segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados;
- X – a não-participação em pesquisa que envolva ou não tratamento experimental sem que tenha garantias claras da sua liberdade de escolha e, no caso de recusa em participar ou continuar na pesquisa, não poderá sofrer constrangimentos, punições ou sanções pelos serviços de saúde, sendo necessário, para isso:
- a) que o dirigente do serviço cuide dos aspectos éticos da pesquisa e estabeleça mecanismos para garantir a decisão livre e esclarecida da pessoa;
- b) que o pesquisador garanta, acompanhe e mantenha a integridade da saúde dos participantes de sua pesquisa, assegurando-lhes os benefícios dos resultados encontrados; e
- c) que a pessoa assine o termo de consentimento livre e esclarecido;
- XI – o direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas, denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio das ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, no sigilo e na confidencialidade; e
- XII – a participação nos processos de indicação e eleição de seus representantes nas Conferências, nos Conselhos de Saúde e nos Conselhos Gestores da Rede SUS.
- Quinta diretriz: toda pessoa tem responsabilidade e direitos para que seu tratamento e recuperação sejam adequados e sem interrupção.
- Parágrafo único. Para que seja cumprido o disposto no caput deste artigo, as pessoas deverão:
- I – prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações sobre:
- a) queixas;
- b) enfermidades e hospitalizações anteriores;
- c) história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas, exames anteriores;
- d) demais informações sobre seu estado de saúde.
- II – expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas e, caso ainda tenha dúvidas, solicitar esclarecimento sobre elas;
- III – seguir o plano de tratamento proposto pelo profissional ou pela equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, que deve ser compreendido e aceito pela pessoa que também é responsável pelo seu tratamento;
- IV – informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde;
- V – assumir a responsabilidade formal pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde;
- VI – contribuir para o bem-estar de todas e todos nos serviços de saúde, evitar ruídos, uso de fumo e derivados do tabaco e bebidas alcoólicas, colaborar com a segurança e a limpeza do ambiente;
- VII – adotar comportamento respeitoso e cordial com as demais pessoas que usam ou que trabalham no estabelecimento de saúde;
- VIII – realizar exames solicitados, buscar os resultados e apresentá-los aos profissionais dos serviços de saúde;
- IX – ter em mão seus documentos e, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder;
- X – cumprir as normas dos serviços de saúde que devem resguardar todos os princípios desta Resolução;
- XI – adotar medidas preventivas para situações de sua vida cotidiana que coloquem em risco a sua

saúde e da comunidade;

XII – comunicar aos serviços de saúde, às ouvidorias ou à vigilância sanitária irregularidades relacionadas ao uso e à oferta de produtos e serviços que afetem a saúde em ambientes públicos e privados;

XIII – desenvolver hábitos, práticas e atividades que melhorem a sua saúde e qualidade de vida;

XIV – comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de caso de doença transmissível, quando a situação requerer o isolamento ou quarentena da pessoa ou quando a doença constar da relação do Ministério da Saúde; e

XV – não dificultar a aplicação de medidas sanitárias, bem como as ações de fiscalização sanitária.

Sexta diretriz: toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação.

§1º A educação permanente em saúde e a educação permanente para o controle social devem estar incluídas em todas as instâncias do SUS, e envolver a comunidade.

§2º As unidades básicas de saúde devem constituir conselhos locais de saúde com participação da comunidade.

§3º As ouvidorias, Ministério Público, audiências públicas e outras formas institucionais de exercício da democracia garantidas em lei, são espaços de participação cidadã.

§4º As instâncias de controle social e o poder público devem promover a comunicação dos aspectos positivos do SUS.

§5º Devem ser estabelecidos espaços para as pessoas usuárias manifestarem suas posições favoráveis ao SUS e promovidas estratégias para defender o SUS como patrimônio do povo brasileiro.

§6º O direito previsto no caput deste artigo, inclui a informação, com linguagem e meios de comunicação adequados sobre:

I – o direito à saúde, o funcionamento dos serviços de saúde e o SUS;

II – os mecanismos de participação da sociedade na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas e da gestão do SUS;

III – as ações de vigilância à saúde coletiva compreendendo a vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental; e

IV – a interferência das relações e das condições sociais, econômicas, culturais, e ambientais na situação da saúde das pessoas e da coletividade.

§7º Os órgãos de saúde deverão informar as pessoas sobre a rede SUS mediante os diversos meios de comunicação, bem como nos serviços de saúde que compõem essa rede de participação popular, em relação a:

I – endereços;

II – telefones;

III – horários de funcionamento; e

IV – ações e procedimentos disponíveis.

§8º Em cada serviço de saúde deverá constar, em local visível e acessível à população:

I – nome do responsável pelo serviço;

II – nomes dos profissionais;

III – horário de trabalho de cada membro da equipe, inclusive do responsável pelo serviço e;

IV – ações e procedimentos disponíveis.

§9º As informações prestadas à população devem ser claras, para propiciar a compreensão por toda e qualquer pessoa.

§10. Os Conselhos de Saúde deverão informar à população sobre:

I – formas de participação;

II – composição do Conselho de Saúde;

III – regimento interno dos Conselhos;

IV – Conferências de Saúde;

V – data, local e pauta das reuniões; e

VI – deliberações e ações desencadeadas.

§11. O direito previsto no caput desse artigo inclui a participação de Conselhos e Conferências de Saúde, o direito de representar e ser representado em todos os mecanismos de participação e de controle social do SUS.

Sétima diretriz: toda pessoa tem direito a participar dos Conselhos e Conferências de Saúde e de exigir que os gestores cumpram os princípios anteriores.

§1º As Conferências Municipais de Saúde são espaços de ampla e aberta participação da comunidade, complementadas por Conferências Livres, distritais e locais, além das de plenárias de

segmentos.

§2º Respeitada a organização da democracia brasileira, toda pessoa tem direito a acompanhar dos espaços de controle social, como forma de participação cidadã, observando o Regimento Interno de cada instância.

§3º Os gestores do SUS, das três esferas de governo, para observância dessas diretrizes, comprometem-se a:

I – promover o respeito e o cumprimento desses direitos e deveres, com a adoção de medidas progressivas, para sua efetivação;

II – adotar as providências necessárias para subsidiar a divulgação desta Resolução, inserindo em suas ações as diretrizes relativas aos direitos e deveres das pessoas;

III – incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias e participação de controle social do SUS;

IV – promover atualizações necessárias nos regimentos e estatutos dos serviços de saúde, adequando-os a esta Resolução;

V – adotar estratégias para o cumprimento efetivo da legislação e das normatizações do SUS;

VI – promover melhorias contínuas, na rede SUS, como a informatização para implantar o Cartão SUS e o Prontuário Eletrônico com os objetivos de:

a) otimizar o financiamento;

b) qualificar o atendimento aos serviços de saúde;

c) melhorar as condições de trabalho;

d) reduzir filas; e

e) ampliar e facilitar o acesso nos diferentes serviços de saúde.

Oitava diretriz: Os direitos e deveres dispostos nesta Resolução constituem a Carta dos Direitos Usuária da Saúde.

Parágrafo único. A Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde será disponibilizada nos serviços do SUS e conselhos de saúde por meios acessíveis e na internet, em <http://www.conselho.saude.gov.br>.

RONALD FERREIRA DOS SANTOS

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

RICARDO BARROS

Ministro de Estado da Saúde

Apêndice A – Projeto Aplicativo

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Considerando a assistência ao usuário na dimensão da integralidade do cuidado, no sentido da atenção humanizada, das necessidades de saúde e de ações educativas entre os profissionais, que pode indicar uma melhor interação com os princípios do SUS que preconiza: Universalidade de acesso, Equidade na assistência à saúde, Integralidade da assistência, Controle Social participação da comunidade e a Descentralização político-administrativa (BRASIL, 2005b).

Para formar a base constitutiva do ser humano dependemos de forma íntima do cuidado, com ele, superamos as adversidades e lutamos por um mundo melhor, quando somos inclinados a ter e sentir cuidado, quando entendemos o quanto somos responsáveis pela continuação do ciclo da vida.

Quando olhamos para nós e enxergamos nossas limitações, dependências e fraquezas percebemos a necessidade do outro em nossa vida, aceitamos, então, conviver para compreender e dialogar. Como afirma Leonardo Boff (1999), somos inteiramente dependentes de todas as formas de vida e estamos interligados com o todo de maneira a sentir as causas e consequências de um comportamento desordenado.

Para que o SUS se fortaleça cada dia mais dependemos diretamente de pessoas dos diversos segmentos sociais, pessoas que têm a tarefa ética e política para ampliar o espaço de relacionamento e de conhecimento do usuário, como está escrito em Brasil (2005b, p. 5):

Desde que foi criado, o SUS já provocou profundas mudanças nas práticas de saúde, mas ainda não é o bastante. Para que novas mudanças ocorram, é preciso haver também profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área. Isso significa que só conseguiremos mudar realmente a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos brasileiros se conseguirmos mudar também os modos de ensinar e aprender.

A atual política de qualidade em saúde enfrenta obstáculos para o seu cumprimento, dada à complexidade do trabalho no setor. Se de um modo geral ditar procedimentos padronizados vai ao encontro da variabilidade da produção e dos seus produtos, no caso da saúde o paradoxo é visível, doença evolui e os sintomas mudam cada caso é único (MACHADO, 1993; FEUERWERKER, 2003).

A gestão da qualidade pretende interiorizar nos profissionais métodos e conceitos uniformes, por meio de práticas prescritas, desconsiderando o trabalho vivo, substituindo os métodos empíricos por padronizações, objetivando oferecer elementos de controle e a mecanização das atividades intelectuais do trabalho, buscando rotinas que inibem a autonomia e iniciativa do trabalhador (MACHADO, 1993; FEUERWERKER, 2003).

O desenvolvimento das pessoas dentro das organizações de saúde ocorre a partir de um amplo processo de desempenho das funções entre os profissionais da equipe, evidenciando as necessidades referentes às questões do referencial teórico e educativo frente às práticas desenvolvidas e o compromisso com o crescimento de toda equipe, visando melhorias na qualidade do atendimento prestado. É importante ressaltar que a formação dos profissionais que integram a equipe de saúde tem que dispor de uma base sólida frente a sua formação superior ou técnica e também dentro de um processo evolutivo do ser humano como um todo, frente aos processos de educação (NÓBREGA, et al, 2009).

Desta forma, não há como não integrar esses profissionais nos programas de desenvolvimento e atualizações dentro das instituições, visto que por este processo os hospitais e setores de saúde obterão resultados em uma assistência de qualidade, otimização de recursos humanos e financeiros e aceitabilidade do usuário (FEUERWERKER, 2003).

Ponderamos que o diálogo é um fator que poderá influir e determinar o grau de desenvolvimento de um espaço social seja ele, uma comunidade ou uma instituição. Nesse sentido, pode-se afirmar que cada palavra, cada imagem, cada gesto que provoque uma ação e reação interativa se configure em uma comunicação efetiva (MATURANA, 1996).

Estamos imersos num processo cotidiano de múltiplas possibilidades comunicativas, sendo impossível qualquer opção em contrário (SACRAMENTO, FERREIRA, 2004).

Na área da saúde é fundamental saber lidar com pessoas, a todo o momento nas unidades de saúde poderá surgir conflitos originados de uma atitude não compreendida. O profissional da área da saúde trabalha com base nas relações humanas, seja com o usuário ou com os demais profissionais da equipe multidisciplinar (FEUERWERKER, 2003).

Assim não se pode pensar na ação profissional sem levar em conta a importância do processo do diálogo. A comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir

objetivos definidos para a solução de problemas (SAMPAIO, 1991).

Os profissionais de saúde devem utilizar a conversação como instrumento para humanizar o cuidado, dialogando com o usuário visando esclarecer dúvidas em relação a todo seu processo terapêutico. Nesse enfoque, o cuidado em saúde como uma prática humanizada, deve estar centrado na necessidade de comunicação como estratégia de aproximar usuário-equipe, na reconstrução do relacionamento entre o profissional e o ser humano, repercutindo diretamente na qualidade do serviço prestado pelas instituições de e no modo como este é percebido pelo usuário (NÓBREGA, 2009).

No campo da saúde, dentro das instituições de atendimento ao usuário a atenção depende da conjugação do trabalho de vários profissionais, os cuidados prestados são produtos de um grande número de pequenos cuidados parciais, que vão se completando explicita ou implicitamente.

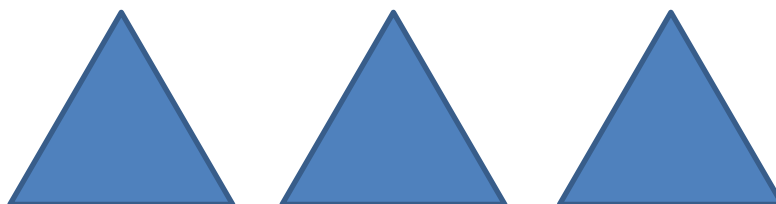
A organização do processo de trabalho em hospitais ou unidades de saúde que operam através de modalidades ambulatoriais tende a apresentar uma integração disciplinar predominantemente multidisciplinar, se diferenciando do processo de trabalho realizado em equipes (SEVERO, SEMINOTTI, 2010).

Hilton Japiassu (1976) traz uma reflexão do termo multidisciplinaridade, onde retrata que a concepção deste termo não pode ser tratada como inadequada, pois ela é uma justaposição simples em um determinado trabalho, o que envolve o recurso de várias disciplinas, sem implicar um trabalho de equipe coordenado.

Importa ressaltar que segundo Japiassu (1976, p. 72-73):

Quando nos situamos no nível simples multidisciplinar, a solução de um problema só exige informações tomadas de empréstimo a duas ou mais especialidades ou setores de conhecimento, sem que as disciplinas levadas a contribuir por aquela que as utiliza sejam modificada ou enriquecidas. [...] consiste em estudar um objeto sob diferentes ângulos, mas sem que tenha necessariamente havido acordo prévio sobre os métodos a seguir ou sobre os conceitos a serem utilizados.

Figura 1 – Organização do processo da multidisciplinaridade:



Fonte: Elaborado pela autora a partir de Japiassu (1976)

Vasconcelos (2009) ainda explica que a multidisciplinaridade não estimula a troca de informações entre as disciplinas, pois trabalham isoladamente, o que destaca um suporte apenas administrativo.

O trabalho multiprofissional tem como marca esse agir lado a lado, o que de acordo com Campos (1992), é considerado uma estratégia que orienta e possibilita a realização de assistência integral, muito se confunde com interdisciplinaridade, sendo que, a primeira retrata uma composição de diversas disciplinas, mas cada profissional atuará de acordo com o seu saber especializado, o processo terapêutico é fragmentado, a segunda implica na interação entre duas ou mais disciplinas, sendo que essa interação se reflete na integração.

De acordo com Japiassu (1976), a interdisciplinaridade possui uma concepção variante, pois varia não somente no nome, mas também no conteúdo pelo qual o termo acarreta, pois apresenta uma aproximação de distintas disciplinas que facilita a colaboração e a integração de novos métodos e conhecimentos. A intensidade das trocas entre as especialidades e o grau de integração real, diminui o distanciamento entre as fronteiras das profissões. Japiassu (1976, p. 72-74) enfatiza que:

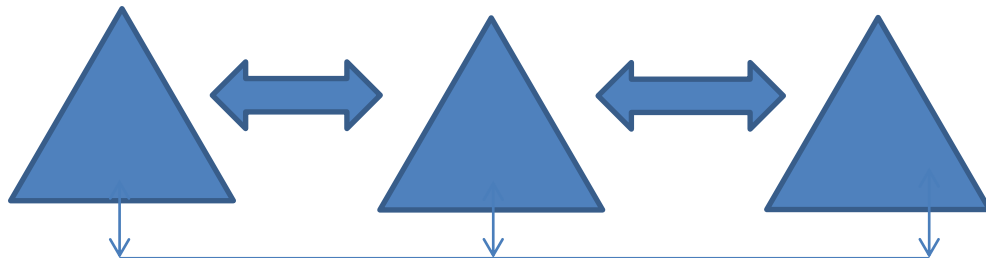
Quanto ao termo interdisciplinar, devemos reconhecer que não possui ainda um sentido epistemológico único e estável. Trata-se de um neologismo cuja significação nem sempre é a mesma e cujo papel nem sempre é compreendido da mesma forma. [...] jamais esse espaço poderá ser constituído pela simples adição de todas as especialidades nem tampouco por uma síntese de ordem filosófica dos saberes especializados.

Ainda tomando uma aproximação com o termo interdisciplinaridade, Japiassu (1976, p 75) vem aplicar uma noção da palavra interdisciplinar, no qual está relacionada com integrações das disciplinas e possui uma proposta de reciprocidade, portanto, cabe evidenciar que o interdisciplinar passa:

[...] por graus sucessivos de cooperação e de coordenação crescentes antes de chegarmos ao grau próprio ao interdisciplinar. Este pode ser caracterizado como o nível em que a colaboração entre as diversas disciplinas ou entre os setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz interações propriamente ditas, isto é, a uma certa reciprocidade nos intercâmbios, de tal forma que, no final do processo interativo, cada disciplina saia enriquecida.

A expressão interdisciplinar segundo Vasconcelos (2009) vem com uma definição de que propõe uma justaposição de disciplinas distintas, num mesmo nível de coordenação. As disciplinas apresentam-se agrupadas entre si, de modo que as relações no interior delas sejam perceptíveis.

Figura 2 – Organização do processo da interdisciplinidade:



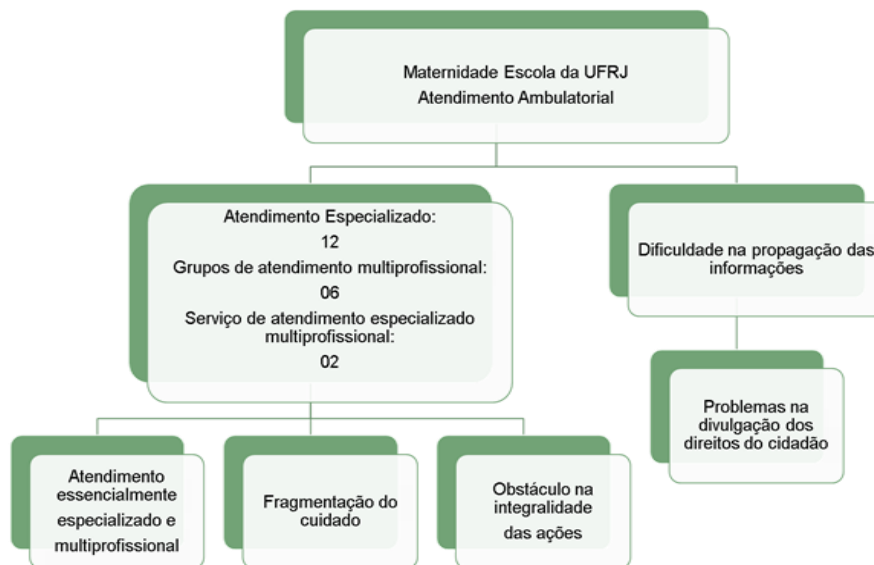
Fonte: Elaborado pela autora a partir de Japiassu (1976)

Segundo Sampaio et. al. (2008), a interdisciplinaridade é definida como um trabalho em comum, onde são considerados os conceitos, diretrizes e metodologias de uma disciplina e que, portanto, a integração entre esses tópicos deve sempre acontecer.

Convém enfatizar que, com relação à interdisciplinaridade, os membros representativos dessas disciplinas ou profissões devem ter consciência que a abertura e a reciprocidade de conhecimentos e domínios do saber são elementos de suma importância na composição de uma equipe interdisciplinar ou em uma ação interdisciplinar (JAPIASSU, 1976).

A forma como se articulam as práticas de cuidado no ambiente oferece maior ou menor integralidade à atenção produzida. O maior desafio na atualidade é conseguir coordenar adequadamente este conjunto diversificado, especializado e fragmentado de cuidados individuais transformando o atendimento ao usuário em um cuidado integrado, eficaz e de melhor qualidade.

Figura 3 – Organização da problematização indicada na pesquisa.



Fonte: Elaborado pela autora

Dados coletados em janeiro 2018, fornecido pela chefia de enfermagem do ambulatório da ME da UFRJ.

Como base para este trabalho, foi feita uma análise situacional no que diz respeito ao conhecimento, interesse e o diálogo da Carta dos Direitos da Pessoa Usuária da Saúde. Para tal tornou-se necessário conhecer o pensamento dos profissionais a respeito desse direito, foi realizado um questionário com 03 perguntas fechadas para obtenção de dados quantitativos.

Resultados

Tabela 1– Quantitativo geral de profissionais respondentes

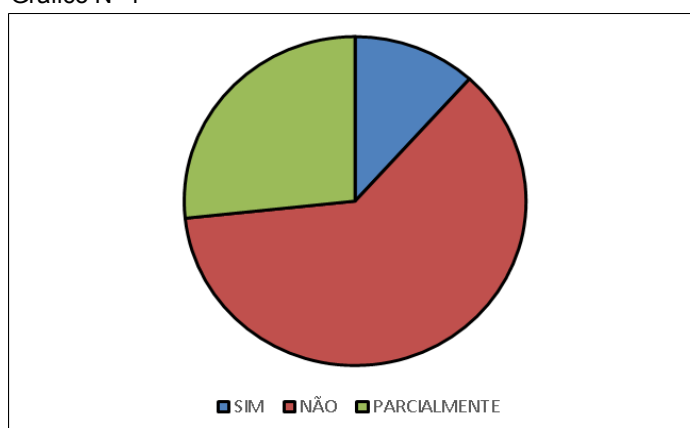
Profissionais	Nº
Médicos	29
Nutricionistas	11
Psicólogos	04
Enfermeiras	06
Técnicos de Enfermagem	06
Administrativos e recepcionistas	04
Total	60

Fonte: Elaborado pela autora, 2018

Perguntas do questionário

1 – Você conhece a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”?

Gráfico N° 1



Fonte: Elaborado pela autora, 2018

2 – Você tem interesse em conhecer a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”?

Gráfico N° 2



Fonte: Elaborado pela autora, 2018

3 – Você já conversou sobre o tema?

Gráfico N° 3



Fonte: Elaborado pela autora, 2018

*Dados coletados no período de 12 de março a 16 de março de 2018, no serviço do ambulatório da Maternidade Escola da UFRJ.

Plano de ação

Com base no resultado obtido e atendendo ao *1Art. 7º da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, sugerimos:

*1 Nota do autor: O Artigo 7º da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde dispõe: “Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação.”

Quadro Nº 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO			
MATERNIDADE ESCOLA			
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL			
PROJETO APLICATIVO			
PLANO DE AÇÃO			
PROBLEMA	AÇÃO	OBJETIVO	ESTRATÉGIA
Deficiência na divulgação do conteúdo da *CDUS	Banners, Divulgação on-line, Debate na comissão de bioética.	Divulgar a *CDUS na Maternidade Escola da UFRJ.	Através : Direção geral Coordenação dos serviços
Dificuldade na propagação das informações	Facilitação de acesso aos serviços como a ouvidoria.	Atender a um artigo da *CDUS	Maior divulgação da Ouvidoria, através da Indicação do local de funcionamento

FONTE: Elaborado pela autora 2019

*CDUS – Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

Quadro Nº 2

CRONOGRAMA						
PLANO DE AÇÃO nº 1 - 2019						
	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Divulgar a CDUS						
Início da Implantação		XX	XX	XX	XX	XX
Atender Artigo 7º da CDUS						
Início da Implantação		XX	XX	XX	XX	XX

FONTE: Elaborado pela autora 2019

Considerações finais.

De acordo com os aspectos dos resultados a pesquisa indica uma maior ênfase em relação ao espaço de diálogo entre as profissões, com discussões e debates sobre as bases do direito à saúde, e uma melhor divulgação sobre os preceitos legislativos a que estamos submetidos.

A partir da finalização da coleta de dados, refletimos sobre o resultado que obtivemos após a aplicação do questionário, que indicou uma carência na informação sobre o conteúdo da Carta dos Direitos da Pessoa Usuária da Saúde, propomos através do plano de ação, alternativas para ampliar as informações e divulgação do seu conteúdo, que venham contribuir para fomentar a reflexão e o diálogo dos profissionais.

Referencias Bibliográficas:

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

DILLY, C. M. L.; JESUS, M. C. P. de. **Processo educativo em enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional**. São Paulo: Robe, 1995. cap. 2, p. 51-122. (Situações de ensino em enfermagem).

JUPIASSU, H. O espírito interdisciplinar. **Cadernos EBAPE. BR**, v. 4, n. 3, p.01-09, 2006. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?q=Jupiassu+2006&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5. Acesso em 16 de set. 2015.

MACHADO, L. R. S. Controle da qualidade total: uma nova gestão do trabalho, uma nova pedagogia do capital. **Revista Sinpro**, n. 1, p.19-29, 1993.

MATURANA, H. R. **El sentido de lo humano**. Santiago do Chile: Dolmen, 1996.

NÓBREGA, G. S. M. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 3, p. 323-7, 2009.

SACRAMENTO, M. H.; FERRERIA, S. M. B. O educador e a linguagem: interação e aprendizado. **Revista Humanitates**, Brasília, v. 1, 2004.

SAMPAIO, T. M. M. **O não-verbal na comunicação pedagógica**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

SILVA, M. J. P da. **Comunicação tem remédio**. São Paulo: Loyola, p. 47 2005.

SEVERO, S.B, N. SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15. supl 1, 2010. https://scholar.google.com.br/scholar?q=SEVERO%2C+SEMINOTT%2C+2010&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5. Acesso em 15 de set. 2015.

Apêndice B – TCLE da Roda de conversa



**PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
PERINATAL DAMATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Discente: Eliete Botelho Cardoso
Docente: Prof^ª. Dr^ªMarisaSchargel Maia

Estamos convidando o (a) Sr.(a) para participar da pesquisa intitulada: **“Educação permanente em saúde e interdisciplinaridade: Diálogos sobre os direitos do usuário”**, para tal será constituído um grupo multiprofissional que discutirá o espaço institucional (Maternidade Escola) e os direitos do usuário da saúde. Nossos encontros serão quinzenais e utilizaremos como instrumento para a condução do grupo a “Roda de Conversa”. Este projeto foi aprovado pelo CEP da Maternidade Escola, em fevereiro de 2017 parecer Nº 1.903.236.

Não identificaremos os participantes da pesquisa e não será utilizado nenhum recurso audiovisual nos nossos encontros. As pesquisadoras se colocam a disposição para qualquer esclarecimento. Este estudo não oferece risco, mas poderá causar algum desconforto aos participantes, por tratar-se de diálogos reflexivos sobre a atuação profissional e os direitos dos usuários da saúde. Ao término de cada reunião o participante fará um breve comentário escrito sobre as discussões da “Roda” (**o participante não será identificado**), a pesquisadora Eliete Botelho Cardoso fará uma síntese escrita da experiência grupal. Sua participação nesta pesquisa é voluntária, caso seja necessário será feita uma solicitação por escrito a chefia imediata para sua liberação laborativa no dia e horário do encontro. O (A) Sr. (a) pode mudar de idéia quanto a sua participação em qualquer momento da pesquisa, mas sua contribuição é muito importante para a promoção de um debate afim de identificar a concepção e a prática profissional sobre os direitos dos usuários da saúde.

Mecanismos para garantir o sigilo e privacidade

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Pesquisador responsável: Eliete Botelho Cardoso.

Assistente Social especialista em Atenção Integral á saúde materno infantil

Cress: 11886

Celular: 21- 99634-0371

E-mail: elibotelho.c@gmail.com



Assinatura do participante: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Rio de Janeiro, de de 2017.

Rua das Laranjeiras, 180 - Laranjeiras - CEP: 22240-003 - Rio de Janeiro - RJ –
Brasil Tel.: (21) 2285-7935 – Tel/Fax: (21) 2205-9064 - E-mail: cep@me.ufrj.br

Apêndice C – Planejamento do Teste Piloto

 Planejamento Pesquisa do Mestrado Profissional da Maternidade Escola da UFRJ Educação Permanente em Saúde e Interdisciplinaridade: Diálogos sobre os Direitos dos Usuários da Roda de Conversa Projeto de 					
Auditório do Ambulatório		Auditório do Ambulatório		Auditório do Ambulatório	
Julho		Agosto		Setembro	
Quinta-feira	20/07/2017 Planejamento	Quinta-feira 11: as 12: h	10/08/2017 Roda	Quinta-feira 11: as 12: h	14/09/2017 Roda

Apêndice D – TCLE do Questionário



**PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
PERINATAL DA MATERNIDADE ESCOLA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Discente: Eliete Botelho Cardoso

Docente: Prof^a. Dr^aMarisaSchargel Maia

Estamos convidando o (a) Sr.(a) para participar da pesquisa intitulada: **“Educação permanente em saúde e interdisciplinaridade: Diálogos sobre os direitos do usuário”**, respondendo um questionário para identificarmos o conhecimento e utilização da “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” no serviço do ambulatório da maternidade Escola da UFRJ. Não identificaremos os participantes da pesquisa. As pesquisadoras se colocam a disposição para qualquer esclarecimento.

Mecanismos para garantir o sigilo e privacidade

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo

Pesquisador responsável: Eliete Botelho Cardoso.

Assistente Social especialista em Atenção Integral á saúde materno infantil

Cress: 11886

Celular: 21- 99634-0371

E-mail: elibotelho.c@gmail.com

Rua das Laranjeiras, 180 - Laranjeiras - CEP: 22240-003 - Rio de Janeiro - RJ –
BrasilTel.: (21) 2285-7935 – Tel/Fax: (21) 2205-9064 - E-mail: cep@me.ufrj.br

Apêndice E – Questionário da Pesquisa

**PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
PERINATAL DA MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

**Educação permanente em saúde e interdisciplinaridade:****Diálogos sobre os direitos dos usuários**

a) Você conhece a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”?

SIM NÃO PARCIALMENTE

b) Você tem interesse em conhecer a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”?

SIM NÃO

c) Você já conversou sobre o tema?

SIM NÃO

Por que?