



CÓD: OP-096AG-21  
7908403510009

# **HCPA-RS**

*HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE*

Técnico em Nutrição e Dietética

**EDITAL Nº 05/2021**

---

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS  
TÉCNICO EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

---

1. Conceitos básicos em nutrição: alimentos, alimentação, nutrientes e nutrição . . . . .	01
2. Diretrizes do Sistema Único de Saúde. . . . .	04
3. Ética e Bioética . . . . .	11
4. Ética Profissional do Servidor Público Civil do Poder Executivo Federal . . . . .	13
5. Higiene em serviço de alimentação: conceitos, higiene ambiental, biofilmes, higiene dos alimentos, higiene das mãos, tipos de microorganismos, fontes de contaminação, vias de transmissão, binômio tempo/temperatura, refrigeração, armazenamento e distribuição . . . . .	15
6. Modificação da dieta e cuidado nutricional para o paciente hospitalizado. . . . .	31
7. Nutrição no ciclo da vida: recomendações nutricionais, diretrizes alimentares e características da dieta na gravidez e lactação, lactância, infância, adolescência, idade adulta e envelhecimento . . . . .	34
8. Origem e classificação dos alimentos . . . . .	53
9. Princípios nutricionais: carboidratos, lipídeos, proteínas, água, vitaminas e minerais. . . . .	54
10. Processos operacionais em Bancos de Leite Humano . . . . .	54
11. Segurança do Paciente e Saúde no Trabalho . . . . .	61
12. Segurança do trabalho: Normas Regulamentadoras - NR 6 e NR 12 . . . . .	65
13. Suporte nutricional enteral . . . . .	76
14. Técnica dietética: conceito, objetivo, metodologia para pesos e medidas, indicadores no preparo de alimentos, pré-preparo e preparo dos alimentos . . . . .	78
15. Terapia nutricional nas enfermidades: doença cardiovascular . . . . .	80
16. Distúrbios renais . . . . .	82
17. Hipertensão. . . . .	85
18. Diabetes melito. . . . .	86
19. Alergia e intolerâncias alimentares . . . . .	91
20. Distúrbios do fígado . . . . .	92
21. Sistema biliar e pâncreas . . . . .	92
22. Distúrbios do trato gastrointestinal. . . . .	93

---

**CONCEITOS BÁSICOS EM NUTRIÇÃO: ALIMENTOS, ALIMENTAÇÃO, NUTRIENTES E NUTRIÇÃO**

A alimentação está diretamente ligada à saúde, é um componente importante para a sobrevivência de todas as espécies da terra. Uma boa dieta deve ser bem planejada e nutritiva, seguindo as quatro características denominadas como “Leis Fundamentais da Alimentação” ou Leis de Escudero, que são: lei da quantidade, lei da qualidade, lei da harmonia e lei da adequação, onde a alimentação deve ser quantitativamente suficiente, qualitativamente completa, harmoniosa em seus nutrientes e adequada a finalidade individual.

Os nutrientes têm funções específicas no organismo, e o estudo da composição dos alimentos é fundamental para uma refeição equilibrada e um consumo moderado, tendo em vista que cada nutriente desempenha seu papel, podemos classificá-los em macro e micronutrientes.

**Macronutrientes**

- **Carboidratos:** primeira fonte de energia do corpo, sendo combustível para realização das atividades diárias, cada grama de carboidrato contém 4 calorias;

- **Proteínas:** principal fonte de construção, manutenção e recuperação dos tecidos, assim como produção de hormônios, enzimas e anticorpos, também fornece 4 calorias por grama de proteína;

- **Lipídios:** participam do transporte e absorção das vitaminas lipossolúveis, contém 9 calorias para cada grama de gordura, protegem os órgãos e do isolamento térmico do corpo.

**Micronutrientes**

- **Vitaminas:** participam de diversas etapas do metabolismo e são divididas em lipossolúveis e hidrossolúveis. As vitaminas lipossolúveis são as vitaminas A, D, E e K, recebem esse nome pois são solúveis em gordura (lipídio) e as vitaminas hidrossolúveis, são solúveis em água, fazendo parte deste grupo as vitaminas do complexo B e a vitamina C;

- **Minerais:** são nutrientes essenciais para diversas funções do organismo e manutenção da saúde, a falta ou até mesmo o excesso destes podem levar o corpo a desenvolver diversas doenças.

**Conceitos em nutrição**

Para compreender melhor o campo da nutrição e dietética, compete o entendimento e a diferenciação de alguns termos e conceitos, que seguem:

- **Alimentação:** ato de fornecer, prover e consumir alimentos;

- **Alimentos:** toda substância utilizada pelos seres vivos como fonte de matéria e energia para poderem realizar as suas funções vitais, incluindo o crescimento, movimento e reprodução;

- **Calorias:** pode ser representado pela sigla Kcal, unidade usada para indicar equivalente energético.

- **Dietética:** aplicação da nutrição no planejamento e elaboração das refeições com fins específicos, para pessoas com necessidades especiais;

- **Metabolismo:** união de processos nos quais o corpo obtém e gasta energia proveniente do consumo dos alimentos;

- **Nutrição:** é a atividade que estuda a fundo as propriedades dos alimentos e busca soluções para promover a saúde a partir da alimentação, resultando em uma vida saudável, qualidade de vida e consciência a respeito daquilo que se come;

- **Nutricionista:** é o profissional que atua com educação de hábitos saudáveis, auxilia na prevenção, promoção e recuperação da saúde humana;

- **Nutrientes:** elementos presentes nos alimentos essenciais para o bom funcionamento do corpo, classificados como carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, minerais, fibras alimentares e água;

**Classificação dos nutrientes**

Os nutrientes também podem ser classificados pelos papéis que desempenham no organismo, que são três:

- **Construtores ou Plásticos:** promovem o crescimento e reparo de todos os tecidos do corpo, sua fonte principal são as proteínas animal e vegetal, cálcio e fósforo;

- **Energéticos:** fornecem calorias (energia) para o organismo, suas fontes principais são os carboidratos, proteínas e os lipídios ou gorduras;

- **Reguladores:** regulam e controlam as funções do corpo, atuando no sistema imunológico e na digestão, suas principais fontes são as proteínas, as vitaminas, os minerais e as fibras.

Através desta classificação, conseguimos definir com a ajuda da pirâmide alimentar a composição de uma alimentação saudável, utilizando de forma visual e de fácil entendimento um instrumento de orientação para promoção da saúde e hábitos alimentares saudáveis.

A composição da pirâmide alimentar brasileira é formada por oito blocos que se dividem em quatro grupos que são: alimentos energéticos, os carboidratos (pão, mandioca, batata, arroz e outros); alimentos reguladores, verduras, legumes e frutas; alimentos construtores, leites e derivados, carnes, ovos, leguminosas e oleaginosas; alimentos energéticos extras, óleos, gorduras, açúcares e doces.

**Composição dos nutrientes**

**Os Nutrientes e seu Metabolismo**

**Carboidrato**

Podem ser chamados de hidrato de carbono ou glicídios, são compostos de oxigênio, hidrogênio e carbono é fonte primária de energia para o organismo.

Pode ser classificado como:

- Monossacarídeos – açúcares simples, que não sofrem hidrólise (quebra) por já estarem em seu elemento final, solúveis em água e estão presente em todo o organismo, GLICOSE, FRUTOSE (encontrado nas frutas e mel) e GALACTOSE (encontrado no leite e derivados).

- Dissacarídeos – açúcares formados por dois monossacarídeos, solúveis em água e podem sofrer hidrólise para serem absorvidos.

- Lactose = glicose + galactose (açúcar do leite)

- Sacarose = glicose + frutose (açúcar de mesa ou açúcar branco)

- Maltose = glicose + glicose (encontrado nos grãos, principalmente na produção de cerveja)

- Polissacarídeos – açúcares complexos, formados pela união muitos monossacarídeos, sofrem hidrólise para serem absorvidos na forma de monossacarídeos. São encontrados na forma de AMIDO, DEXTRINAS, GLICOGÊNIO e CELULOSE.

A digestão do carboidrato, dá-se início na boca, através da ação da amilase salivar, passando pelo estômago e por fim no intestino delgado através da ação das enzimas amilase pancreática, maltase, sacarase e lactase, hidrolisando os carboidratos em monossacarídeos para a absorção e posteriormente armazenas no fígado em forma de glicose, o que chamamos de glicogênio.

**Proteínas**

São blocos de aminoácidos que podem ser classificados por essenciais (fornecidos exclusivamente pelos alimentos), não essenciais (sintetizados pelo organismo, a partir de aminoácidos essenciais)

ou condicionalmente essenciais (essenciais em alguma fase da vida ou situações clínicas). Os aminoácidos se ligam uns aos outros, formando ligações peptídicas, que se transformam em proteínas.

ESSENCIAIS	NÃO ESSENCIAIS	CONDICIONALMENTE ESSENCIAIS
Histidina	Alanina	Arginina
Isoleucina	Asparagina	Glutamina
Leucina	Aspartato	Glicina
Lisina	Glutamato	Prolina
Metionina	Serina	Tirosina
Fenilalanina		Cisteína
Treonina		
Triptofano		
Valina		

A digestão da proteína se inicia no estômago com a ação da enzima pepsina e se completa no intestino delgado através as enzimas proteolíticas, tripsina, quimotripsina, carboxipeptidase, dipeptidase e aminopeptidase.

### Lipídios

São moléculas orgânicas insolúveis em água, compostas de carbono, oxigênio e hidrogênio. Podem ser encontrados em alimentos de origem vegetal e animal.

São classificados em lipídios simples os monoglicerídeos, os diglicerídeos e os triglicerídeos.

Os lipídios compostos são aqueles que apresentam, além de ácidos graxos e glicerol, outras substâncias adicionais não lipídica, por exemplo, os fosfolipídios.

E ainda os lipídios derivados, que são substâncias produzidas na hidrólise dos outros grupos de lipídios, por exemplo o colesterol.

Além disso, podemos classificá-los por ácidos graxos essenciais (adquiridos através da alimentação) como, ômega 3 ou linolênico e o ômega 6 ou linoleico. E os ácidos graxos não essenciais (adquiridos através da síntese do organismo após o consumo dos ácidos essenciais) como, ômega 9 ou oleico e ácido araquidônico.

Ácidos graxos saturados, sua fonte são os produtos de origem animal e alguns óleos como, de coco e dendê, na maior parte sólidos em temperatura ambiente. Ácidos graxos insaturados, são encontrados em produtos vegetais, e são os monoinsaturados líquidos em temperatura ambiente e os poli-insaturados com duas ou mais duplas ligações também são de origem vegetal e líquidos em temperatura ambiente.

E por fim, o ácido graxo trans ou gorduras trans presentes em produtos de origem industrial, pela adição de hidrogênio, alterando a consistência e a palatabilidade dos produtos alimentícios, podem ser prejudiciais a saúde sua recomendação é de 2g/dia.

A digestão dos lipídios se inicia no estômago através da enzima lipase gástrica e se completa no intestino delgado através da bile, lipase pancreática e lipase entérica, após a digestão os ácidos graxos entram na corrente sanguínea.

### Vitaminas

São elementos orgânicos, no qual o organismo não produz, devendo ser introduzido através da alimentação. São essenciais para os processos bioquímicos do corpo, e suas principais fontes são as frutas, verduras e legumes, além dos demais alimentos presentes na natureza vegetais ou animais.

### Vitaminas Lipossolúveis:

• **Vitamina A ou Retinol**, atua no crescimento e desenvolvimento dos tecidos, auxilia na integridade da visão, principalmente noturna.

**Carência:** cegueira noturna, secura nos olhos, atrofia da córnea.

**Excesso:** unhas quebradiças, pele seca, peles e olhos amarelados.

**Fontes:** manteiga, leite, queijos, gema de ovo, abóbora, cenoura e outras frutas, verduras e legumes amarelo-alaranjado-vermelho.

• **Vitamina D**, auxilia na absorção de cálcio e fósforo.

**Carência:** raquitismo e osteomalácia;

**Excesso:** hipercalcemia, fraqueza, constipação, anorexia e vômitos.

**Fontes:** gema de ovo, manteiga, fígado e peixes gordurosos.

• **Vitamina E ou Tocoferol**, age como antioxidante e auxilia na prevenção de algumas doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer.

**Carência:** distúrbios neurológicos e neuropatias.

**Excesso:** raro.

**Fontes:** Óleos vegetais e de sementes e em menor quantidade em frutas, verduras, legumes e gorduras de origem animal.

• **Vitamina K ou Quinona**, presente no sistema de coagulação e protombina.

**Carência:** raro.

**Excesso:** Anemia hemolítica e icterícia em recém-nascidos.

**Fontes:** Vegetais verdes folhosos, fígado, feijão, ervilha e cenoura.

### Vitaminas Hidrossolúveis:

#### Vitaminas do Complexo B

• **Vitamina B1 ou Tiamina**, atua na transformação de energia proveniente dos carboidratos, proteínas e gorduras.

**Carência:** Beribéri.

**Excesso:** Raro

**Fontes:** Gérmen de trigo e carne de porco são fontes principais.

• **Vitamina B2 ou Riboflavina**, participa da produção de energia através dos alimentos, crescimento e manutenção dos tecidos.

**Carência:** Queilose, glossite, fotofobia, e dermatite seborreica.

**Excesso:** Raro.

**Fontes:** leite e derivados, carnes, leveduras, verduras verdes-escuros e pães enriquecidos.

• **Vitamina B3 ou Niacina**, participa da produção de energia dentro das células e nas ações das coenzimas no metabolismo.

**Carência:** Fraqueza muscular, pelagra, anorexia, indigestão, erupções cutâneas, demência, dermatite e diarreia.

**Excesso:** Raro em ingestão alimentar, presente em super suplementação através de terapias medicamentosas.

**Fontes:** Amendoim e pasta de amendoim, leite e ovos, levedura de cerveja e carnes.

• **Vitamina B5 ou Ácido Pantotênico**, presente no metabolismo das células, da produção de energia através das gorduras e carboidratos, e produção de hormônios e ácidos graxos ou colesterol.

**Carência:** Raro.

**Excesso:** Diarreia.

**Fontes:** Rim, fígado, ovo, brócolis e carnes de vaca.

• **Vitamina B6 ou Piridoxina**, atua no metabolismo do triptofano, no sistema nervoso central, no metabolismo dos lipídios, e no transporte de aminoácidos pela membrana celular.

**Carência:** Insônia, anemia, irritabilidade e convulsões.

**Excesso:** Ataxia e insônia

**Fontes:** Batata, banana, aveia, leguminosas, carne de porco e vísceras.

• **Vitamina B8 ou Biotina**, participa da produção de gliconeogênese, na síntese de gorduras e excreção da degradação de proteínas.

**Carência:** Alterações de pele.

**Excesso:** Raro.

**Fontes:** Gema de ovo, fígado, rim, feijão, soja, nozes e peixes.

• **Vitamina B9 ou Ácido Fólico**, presentes na síntese de DNA e RNA, também atua na produção de hemácias e leucócitos e atua no metabolismo dos carboidratos.

**Carência:** Anemia megaloblástica, glossite, defeitos do tubo neural na formação do feto e distúrbios intestinais.

**Fontes:** Verduras verde-escuras, fígado, feijão, brócolis, aspargos, carnes bovinas e preparações enriquecidas.

• **Vitamina B12 ou Cobalamina**, Atua como coenzima no metabolismo dos aminoácidos e na formação da porção heme da hemoglobina; essencial para a síntese de DNA e RNA; participa na formação de células vermelhas do sangue.

**Carência:** Perda de Apetite, anemia perniciosa, distúrbios neurológicos, fraqueza e formigamento nos membros inferiores principalmente pés.

**Excesso:** Raro.

**Fontes:** Proteínas de origem animal.

• **Vitamina C ou Ácido Ascórbico**, antioxidante, atua na cicatrização de feridas, contra infecções e na absorção do ferro.

**Carência:** Sangramento de gengivas, escorbuto, falta de apetite e fraqueza.

**Excesso:** Cálculos renais.

**Fontes:** Frutas cítricas e Verduras Cruas.

### Minerais

Obtidos através da alimentação, os minerais participam do processo de produção de energia, de reações orgânicas, da contração muscular e do equilíbrio de fluidos corporais no nosso organismo.

Entre os mais importantes, estão:

• **Ferro**, auxilia na formação da hemoglobina e certas enzimas, e no fornecimento de oxigênio às células.

**Carência:** predispõe a fadiga crônica, por causa de quantidade reduzida de oxigênio para os tecidos, o que é chamado de anemia.

**Excesso:** é tóxico em grandes quantidades; provoca distúrbios gastrointestinais.

**Fontes:** carnes, miúdos, gema de ovo, leguminosas e verduras verdes-escuras.

• **Cálcio**, mineral presente na formação dos ossos e dentes, na regulação da pressão arterial, coagulação sanguínea, contração muscular, secreção hormonal, transmissão nervosa e para a absorção do cálcio, é necessário a presença da vitamina D.

**Carência:** deformação óssea, osteoporose, fraturas, fraqueza muscular.

**Excesso:** cálculo renal, insuficiência renal.

**Fontes:** leites e derivados, vegetais verde-escuros, soja, mariscos e ostras.

• **Fósforo**, auxilia na construção de ossos e dentes, presente na estrutura das células, reações bioquímicas.

**Carência:** não ocorre em situações normais, já que é encontrado na maioria dos alimentos, mas, em casos isolados, sua carência pode causar fraturas e atrofia muscular.

**Excesso:** interfere na absorção do cálcio, aumenta a porosidade dos ossos

**Fontes:** leites e derivados, cereais integrais, nozes, leguminosas e carnes.

• **Magnésio**, presente na contração e relaxamento muscular e na produção de anticorpos.

**Carência:** fraqueza, hipertensão, aumento da sensibilidade térmica.

**Excesso:** não são comuns efeitos adversos, mas pode causar diarreia.

**Fontes:** nozes, castanhas, leguminosas, aveia, verduras verde-escuros e grãos integrais.

• **Cloro, Sódio e Potássio**, estão presente em todos os líquidos do corpo humano, participam da bomba sódio e potássio, que regula líquidos das células.

**Carência:** muito raro por se encontrar em abundância na natureza, se apresentando como hipocloremia, hipocalcemia e hiponatremia, em algumas doenças.

**Excesso:** ocorre principalmente pelo sódio, pressão alta, ataque cardíaco, aumento da perda de cálcio.

**Fontes do cloro:** sal de cozinha, alimentos processados, fontes de sódio e de potássio.

**Fontes do sódio:** sal de cozinha, alimentos processados, carnes defumadas.

**Fontes do potássio:** frutas e verduras.

• **Zinco**, indispensável para o crescimento, presente na produção de enzimas, no sistema imune e ação antioxidante.

**Carência:** retarda o crescimento normal, deprime o sistema imunológico, baixa a libido, reduz a maturação sexual, perda do paladar e do olfato.

**Excesso:** vômitos e náuseas.

**Fontes:** carnes, frutos do mar, ovos, leguminosas, grãos integrais e castanhas.

• **Selênio**, combate as atividades dos radicais livres, age em conjunto com a vitamina E.

**Carência:** pode contribuir a doenças cardíacas como, cardiomiopatia juvenil, aparecimento de alguns cânceres.

**Excesso:** altas doses podem promover a perda de cabelo, unhas e dentes.

**Fontes:** peixes, ovos, castanha-do-pará e grãos integrais.

• **Cobre**, essencial no sistema imunológico, principalmente na maturação dos leucócitos, auxilia na síntese da hemoglobina, hormônios e outros tecidos.

**Carência:** associada a anemia macrocítica.

**Excesso:** diarreia, vômitos e hemorragias.

**Fontes:** fígado, frutos do mar, grãos integrais e vegetais verde-escuros.

• **Iodo**, presente na produção dos hormônios da tireoide, necessário no controle do crescimento e metabolismo.

**Carência:** presença do bócio e Cretinismo.

**Excesso:** desregulação do hormônio da tireoide.

**Fontes:** sal iodado e produtos do mar.

• **Fibra Alimentar**

São de origem vegetal, não digerível pelo organismo, constituída de polissacarídeos, tem como função regularizar o hábito intestinal, aumentar o bolo fecal, controlar níveis de glicemia e colesterol e outras doenças.

Classifica-se entre fibras solúveis, aquelas que são solúveis em água, como por exemplo: Pectina, Gomas, Mucilagem, e algumas Hemiceluloses que estão presentes nas frutas, aveia, cevada e leguminosas. E fibras insolúveis, que não são solúveis em água, como por exemplo: Lignina, Celulose e a maioria das Hemiceluloses e suas fontes são as verduras, cereais integrais e o farelo de trigo.

A recomendação é de 20 a 35g/dia, segunda a ADA (American Diabetic Association).

• **Água**

Está presente em aproximadamente 70% do corpo, a água é um líquido insípido, incolor e inodora, que não fornece nenhuma caloria, mas está presente no transporte dos nutrientes, na absorção e excreção, na lubrificação de articulações e regula a temperatura corporal. Sua recomendação é de um consumo de 35 ml/kg de peso em adultos.

**Qualidade dos alimentos**

A qualidade do alimento está diretamente relacionada ao tipo de processamento que ele sofreu, assim distinguimos os alimentos em:

• **Alimentos in natura:** são obtidos diretamente de plantas ou de animais, que não sofreram qualquer alteração após deixar a natureza. Exemplo: legumes, verduras, frutas, batata, mandioca, outras raízes, ovos e leite de vaca.

• **Alimentos minimamente processados:** são aqueles alimentos in natura que foram submetidos a processos simples como, limpeza, remoção de partes indesejáveis, fracionamento, moagem, secagem, fermentação, pasteurização, refrigeração, congelamento e outros processos similares que não incluem a adição de sal, açúcar, óleos, gorduras ou outras substâncias ao alimento original. Exemplo: arroz, farinhas, frutas secas e castanhas sem sal ou açúcar, cravo, especiarias e ervas frescas ou secas, massas frescas ou secas feitas com essas farinhas e água, carnes, leite pasteurizado, ultra-pasteurizado ou em pó e outros alimentos.

• **Alimentos processados:** em sua produção, principalmente na indústria, a adição de sal ou açúcar, ou até de outra substância de uso culinário aos alimentos de origem in natura para torná-los mais duráveis e agradáveis ao paladar. Exemplo: alimentos em conserva como, palmito, milho, ervilha, extrato de tomate (com sal e ou açúcar), frutas em calda e frutas cristalizadas, carnes salgadas; peixes enlatados, queijos e alguns pães.

• **Alimentos ultraprocessados:** são formulações industriais feitas com a utilização de substâncias extraídas de alimentos, constituintes de alimentos ou sintetizadas em laboratório, com técnicas de manufatura como, extrusão, moldagem, e pré-processamento por fritura ou cozimento. Exemplo: bolachas e biscoitos, sorvetes, doces destinados a crianças como, bala, chiclete, misturas para bolo, barras de cereal, sopa e macarrão 'instantâneos', molhos prontos, salgadinhos, refrescos e refrigerantes, iogurtes e bebidas lácteas com açúcar e corantes, bebidas energéticas, produtos congelados, pães de forma, e produtos que incluam gordura vegetal hidrogenada, açúcar, amido, soro de leite, emulsificantes e outros aditivos.

**DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

**O que é o Sistema Único de Saúde (SUS)?**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

**AVANÇO:** Conforme a Constituição Federal de 1988 (CF-88), a "Saúde é direito de todos e dever do Estado". No período anterior a CF-88, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas.

**Estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS)**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal. Cada ente tem suas co-responsabilidades.

**Ministério da Saúde**

Gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais.

**Secretaria Estadual de Saúde (SES)**

Participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde.

**Secretaria Municipal de Saúde (SMS)**

Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde.

**Conselhos de Saúde**

O Conselho de Saúde, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Cabe a cada Conselho de Saúde definir o número de membros, que obedecerá a seguinte composição: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

#### **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)**

Foro de negociação e pactuação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS

#### **Comissão Intergestores Bipartite (CIB)**

Foro de negociação e pactuação entre gestores estadual e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS

#### **Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass)**

Entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde

#### **Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)**

Entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde

#### **Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)**

São reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos.

#### **Responsabilidades dos entes que compõem o SUS**

##### **União**

A gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde. O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública em todo o Brasil, e estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas, etc.). Também tem a função de planejar, elaborar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.

##### **Estados e Distrito Federal**

Os estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União. Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.

##### **Municípios**

São responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado. O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

#### **História do sistema único de saúde (SUS)**

As duas últimas décadas foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, intimamente relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito político-institucional. Simultaneamente ao processo de redemocratização iniciado nos anos 80, o país passou por grave crise na área econômico-financeira.

No início da década de 80, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na segunda metade dos anos 70, em atendimento às proposições formuladas pela OMS na Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava “Saúde para Todos no Ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde.

Nessa mesma época, começa o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde. Posteriormente, incorporaram-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares.

As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

Várias foram as propostas de implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde, com hierarquização, descentralização e universalização, iniciando-se já a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976.

Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) - que, na realidade, nunca saiu do papel -, logo seguida pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982 a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983. Essas constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde.

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, considerada um marco histórico, consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Em 1987 é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, à integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

O capítulo dedicado à saúde na nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dessas duas décadas, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196).

Entre outros, a Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

A Lei nº 8.080, promulgada em 1990, operacionaliza as disposições constitucionais. São atribuições do SUS em seus três níveis de governo, além de outras, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (CF, art. 200, inciso III).

### **Princípios do SUS**

São conceitos que orientam o SUS, previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e no artigo 7º do Capítulo II da Lei n.º 8.080/1990. Os principais são:

**Universalidade:** significa que o SUS deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo;

**Integralidade:** o SUS deve oferecer a atenção necessária à saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade;

**Equidade:** o SUS deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais necessitam;

**Participação social:** é um direito e um dever da sociedade participar das gestões públicas em geral e da saúde pública em particular; é dever do Poder Público garantir as condições para essa participação, assegurando a gestão comunitária do SUS; e

**Descentralização:** é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS, definidor de atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

### **Principais leis**

**Constituição Federal de 1988:** Estabelece 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 aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Determina ao Poder Público sua “regulamentação, fiscalização e controle”, que as ações e os serviços da saúde “integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”; define suas diretrizes, atribuições, fontes de financiamento e, ainda, como deve se dar a participação da iniciativa privada.

**Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei n.º 8.080/1990:** Regulamenta, em todo o território nacional, as ações do SUS, estabelece as diretrizes para seu gerenciamento e descentralização e detalha as competências de cada esfera governamental. Enfatiza a descentralização político-administrativa, por meio da municipalização dos serviços e das ações de saúde, com redistribuição de poder, competências e recursos, em direção aos municípios. Determina como competência do SUS a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços. Trata da gestão financeira; define o Plano Municipal de Saúde como base das atividades e da programação de cada nível de direção do SUS e garante a gratuidade das ações e dos serviços nos atendimentos públicos e privados contratados e conveniados.

**Lei n.º 8.142/1990:** Dispõe sobre o papel e a participação das comunidades na gestão do SUS, sobre as transferências de recursos financeiros entre União, estados, Distrito Federal e municípios na área da saúde e dá outras providências.

Institui as instâncias colegiadas e os instrumentos de participação social em cada esfera de governo.

### **Responsabilização Sanitária**

Desenvolver responsabilização sanitária é estabelecer claramente as atribuições de cada uma das esferas de gestão da saúde pública, assim como dos serviços e das equipes que compõem o SUS, possibilitando melhor planejamento, acompanhamento e complementaridade das ações e dos serviços. Os prefeitos, ao assumir suas responsabilidades, devem estimular a responsabilização junto aos gerentes e equipes, no âmbito municipal, e participar do processo de pactuação, no âmbito regional.

### **Responsabilização Macrossanitária**

O gestor municipal, para assegurar o direito à saúde de seus munícipes, deve assumir a responsabilidade pelos resultados, buscando reduzir os riscos, a mortalidade e as doenças evitáveis, a exemplo da mortalidade materna e infantil, da hanseníase e da tuberculose. Para isso, tem de se responsabilizar pela oferta de ações e serviços que promovam e protejam a saúde das pessoas, previnam as doenças e os agravos e recuperem os doentes. A atenção básica à saúde, por reunir esses três componentes, coloca-se como responsabilidade primeira e intransferível a todos os gestores. O cumprimento dessas responsabilidades exige que assumam as atribuições de gestão, incluindo:

- execução dos serviços públicos de responsabilidade municipal;
- destinação de recursos do orçamento municipal e utilização do conjunto de recursos da saúde, com base em prioridades definidas no Plano Municipal de Saúde;
- planejamento, organização, coordenação, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde sob gestão municipal; e
- participação no processo de integração ao SUS, em âmbito regional e estadual, para assegurar a seus cidadãos o acesso a serviços de maior complexidade, não disponíveis no município.

### **Responsabilização Microssanitária**

É determinante que cada serviço de saúde conheça o território sob sua responsabilidade. Para isso, as unidades da rede básica devem estabelecer uma relação de compromisso com a população a ela adstrita e cada equipe de referência deve ter sólidos vínculos terapêuticos com os pacientes e seus familiares, proporcionando-lhes abordagem integral e mobilização dos recursos e apoios necessários à recuperação de cada pessoa. A alta só deve ocorrer quando da transferência do paciente a outra equipe (da rede básica ou de outra área especializada) e o tempo de espera para essa transferência não pode representar uma interrupção do atendimento: a equipe de referência deve prosseguir com o projeto terapêutico, interferindo, inclusive, nos critérios de acesso.

### **Instâncias de Pactuação**

São espaços intergovernamentais, políticos e técnicos onde ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões se dão por consenso (e não por votação), estimulando o debate e a negociação entre as partes.

**Comissão Intergestores Tripartite (CIT):** Atua na direção nacional do SUS, formada por composição paritária de 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde, cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é, portanto regional: um representante para cada uma das cinco regiões existentes no País.

**Comissões Intergestores Bipartites (CIB):** São constituídas paritariamente por representantes do governo estadual, indicados pelo Secretário de Estado da Saúde, e dos secretários municipais de saúde, indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do Estado, em geral denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Os secretários municipais de Saúde costumam debater entre si os temas estratégicos antes de apresentarem suas posições na CIB. Os Cosems são também instâncias de articulação política entre gestores municipais de saúde, sendo de extrema importância a participação dos gestores locais nesse espaço.

**Espaços regionais:** A implementação de espaços regionais de pactuação, envolvendo os gestores municipais e estaduais, é uma necessidade para o aperfeiçoamento do SUS. Os espaços regionais devem-se organizar a partir das necessidades e das afinidades específicas em saúde existentes nas regiões.

#### **Descentralização**

O princípio de descentralização que norteia o SUS se dá, especialmente, pela transferência de responsabilidades e recursos para a esfera municipal, estimulando novas competências e capacidades político-institucionais dos gestores locais, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais de caráter regional e macrorregional, permitindo o acesso, a integralidade da atenção e a racionalização de recursos. Os estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização.

**Regionalização: consensos e estratégias** - As ações e os serviços de saúde não podem ser estruturados apenas na escala dos municípios. Existem no Brasil milhares de pequenas municipalidades que não possuem em seus territórios condições de oferecer serviços de alta e média complexidade; por outro lado, existem municípios que apresentam serviços de referência, tornando-se polos regionais que garantem o atendimento da sua população e de municípios vizinhos. Em áreas de divisas interestaduais, são frequentes os intercâmbios de serviços entre cidades próximas, mas de estados diferentes. Por isso mesmo, a construção de consensos e estratégias regionais é uma solução fundamental, que permitirá ao SUS superar as restrições de acesso, ampliando a capacidade de atendimento e o processo de descentralização.

**O Sistema Hierarquizado e Descentralizado:** As ações e serviços de saúde de menor grau de complexidade são colocadas à disposição do usuário em unidades de saúde localizadas próximas de seu domicílio. As ações especializadas ou de maior grau de complexidade são alcançadas por meio de mecanismos de referência, organizados pelos gestores nas três esferas de governo. Por exemplo: O usuário é atendido de forma descentralizada, no âmbito do município ou bairro em que reside. Na hipótese de precisar ser atendido com um problema de saúde mais complexo, ele é referenciado, isto é, encaminhado para o atendimento em uma instância do SUS mais elevada, especializada. Quando o problema é mais simples, o cidadão pode ser contrarreferenciado, isto é, conduzido para um atendimento em um nível mais primário.

#### **Plano de saúde fixa diretriz e metas à saúde municipal**

É responsabilidade do gestor municipal desenvolver o processo de planejamento, programação e avaliação da saúde local, de modo a atender as necessidades da população de seu município com eficiência e efetividade. O Plano Municipal de Saúde (PMS) deve orientar as ações na área, incluindo o orçamento para a sua execução. Um instrumento fundamental para nortear a elaboração do PMS é o Plano Nacional de Saúde. Cabe ao Conselho Municipal de Saúde estabelecer as diretrizes para a formulação do PMS, em função da análise da realidade e dos problemas de saúde locais, assim como dos recursos disponíveis. No PMS, devem ser descritos os principais problemas da saúde pública local, suas causas, consequências e pontos críticos. Além disso, devem ser definidos os objetivos e metas a serem atingidos, as atividades a serem executadas, os cronogramas, as sistemáticas de acompanhamento e de avaliação dos resultados.

**Sistemas de informações ajudam a planejar a saúde:** O SUS opera e/ou disponibiliza um conjunto de sistemas de informações estratégicas para que os gestores avaliem e fundamentem o pla-

nejamento e a tomada de decisões, abrangendo: indicadores de saúde; informações de assistência à saúde no SUS (internações hospitalares, produção ambulatorial, imunização e atenção básica); rede assistencial (hospitalar e ambulatorial); morbidade por local de internação e residência dos atendidos pelo SUS; estatísticas vitais (mortalidade e nascidos vivos); recursos financeiros, informações demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas. Caminha-se rumo à integração dos diversos sistemas informatizados de base nacional, que podem ser acessados no *site* do Datasus. Nesse processo, a implantação do Cartão Nacional de Saúde tem papel central. Cabe aos prefeitos conhecer e monitorar esse conjunto de informações essenciais à gestão da saúde do seu município.

**Níveis de atenção à saúde:** O SUS ordena o cuidado com a saúde em níveis de atenção, que são de básica, média e alta complexidade. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e dos serviços do sistema de saúde. Não se deve, porém, desconsiderar algum desses níveis de atenção, porque a atenção à saúde deve ser integral.

A atenção básica em saúde constitui o primeiro nível de atenção à saúde adotada pelo SUS. É um conjunto de ações que engloba promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, objetivando solucionar os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sociocultural, além de buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

As Unidades Básicas são prioridades porque, quando as Unidades Básicas de Saúde funcionam adequadamente, a comunidade consegue resolver com qualidade a maioria dos seus problemas de saúde. É comum que a primeira preocupação de muitos prefeitos se volte para a reforma ou mesmo a construção de hospitais. Para o SUS, todos os níveis de atenção são igualmente importantes, mas a prática comprova que a atenção básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade.

Estando bem estruturada, ela reduzirá as filas nos pronto-socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia. Isso porque os problemas de saúde mais comuns passam a ser resolvidos nas Unidades Básicas de Saúde, deixando os ambulatórios de especialidades e hospitais cumprirem seus verdadeiros papéis, o que resulta em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes.

**Saúde da Família:** é a saúde mais perto do cidadão. É parte da estratégia de estruturação eleita pelo Ministério da Saúde para reorganização da atenção básica no País, com recursos financeiros específicos para o seu custeio. Cada equipe é composta por um conjunto de profissionais (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo agora contar com profissional de saúde bucal) que se responsabiliza pela situação de saúde de determinada área, cuja população deve ser de no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas. Essa população deve ser cadastrada e acompanhada, tornando-se responsabilidade das equipes atendê-la, entendendo suas necessidades de saúde como resultado também das condições sociais, ambientais e econômicas

em que vive. Os profissionais é que devem ir até suas casas, porque o objetivo principal da Saúde da Família é justamente aproximar as equipes das comunidades e estabelecer entre elas vínculos sólidos.

A saúde municipal precisa ser integral. O município é responsável pela saúde de sua população integralmente, ou seja, deve garantir que ela tenha acessos à atenção básica e aos serviços especializados (de média e alta complexidade), mesmo quando localizados fora de seu território, controlando, racionalizando e avaliando os resultados obtidos.

Só assim estará promovendo saúde integral, como determina a legislação. É preciso que isso fique claro, porque muitas vezes o gestor municipal entende que sua responsabilidade acaba na atenção básica em saúde e que as ações e os serviços de maior complexidade são responsabilidade do Estado ou da União – o que não é verdade.

A promoção da saúde é uma estratégia por meio da qual os desafios colocados para a saúde e as ações sanitárias são pensados em articulação com as demais políticas e práticas sanitárias e com as políticas e práticas dos outros setores, ampliando as possibilidades de comunicação e intervenção entre os atores sociais envolvidos (sujeitos, instituições e movimentos sociais). A promoção da saúde deve considerar as diferenças culturais e regionais, entendendo os sujeitos e as comunidades na singularidade de suas histórias, necessidades, desejos, formas de pertencer e se relacionar com o espaço em que vivem. Significa comprometer-se com os sujeitos e as coletividades para que possuam, cada vez mais, autonomia e capacidade para manejar os limites e riscos impostos pela doença, pela constituição genética e por seu contexto social, político, econômico e cultural. A promoção da saúde coloca, ainda, o desafio da intersectorialidade, com a convocação de outros setores sociais e governamentais para que considerem parâmetros sanitários, ao construir suas políticas públicas específicas, possibilitando a realização de ações conjuntas.

**Vigilância em saúde:** expande seus objetivos. Em um país com as dimensões do Brasil, com realidades regionais bastante diversificadas, a vigilância em saúde é um grande desafio. Apesar dos avanços obtidos, como a erradicação da poliomielite, desde 1989, e com a interrupção da transmissão de sarampo, desde 2000, convivemos com doenças transmissíveis que persistem ou apresentam incremento na incidência, como a AIDS, as hepatites virais, as meningites, a malária na região amazônica, a dengue, a tuberculose e a hanseníase. Observamos, ainda, aumento da mortalidade por causas externas, como acidentes de trânsito, conflitos, homicídios e suicídios, atingindo, principalmente, jovens e população em idade produtiva. Nesse contexto, o Ministério da Saúde com o objetivo de integração, fortalecimento da capacidade de gestão e redução da morbimortalidade, bem como dos fatores de risco associados à saúde, expande o objeto da vigilância em saúde pública, abrangendo as áreas de vigilância das doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis e seus fatores de riscos; a vigilância ambiental em saúde e a análise de situação de saúde.

#### **Competências municipais na vigilância em saúde**

Compete aos gestores municipais, entre outras atribuições, as atividades de notificação e busca ativa de doenças compulsórias, surtos e agravos inusitados; investigação de casos notificados em seu território; busca ativa de declaração de óbitos e de nascidos vivos; garantia a exames laboratoriais para o diagnóstico de doenças de notificação compulsória; monitoramento da qualidade da água para o consumo humano; coordenação e execução das ações de vacinação de rotina e especiais (campanhas e vacinações de bloqueio); vigilância epidemiológica; monitoramento da mortalidade

infantil e materna; execução das ações básicas de vigilância sanitária; gestão e/ou gerência dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal; coordenação, execução e divulgação das atividades de informação, educação e comunicação de abrangência municipal; participação no financiamento das ações de vigilância em saúde e capacitação de recursos.

**Desafios públicos, responsabilidades compartilhadas:** A legislação brasileira – Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e legislação sanitária, incluindo as Leis n.º 8.080/1990 e 8.142/1990 – estabelece prerrogativas, deveres e obrigações a todos os governantes. A Constituição Federal define os gastos mínimos em saúde, por esfera de governo, e a legislação sanitária, os critérios para as transferências intergovernamentais e alocação de recursos financeiros. Essa vinculação das receitas objetiva preservar condições mínimas e necessárias ao cumprimento das responsabilidades sanitárias e garantir transparência na utilização dos recursos disponíveis. A responsabilização fiscal e sanitária de cada gestor e servidor público deve ser compartilhada por todos os entes e esferas governamentais, resguardando suas características, atribuições e competências. O desafio primordial dos governos, sobretudo na esfera municipal, é avançar na transformação dos preceitos constitucionais e legais que constituem o SUS em serviços e ações que assegurem o direito à saúde, como uma conquista que se realiza cotidianamente em cada estabelecimento, equipe e prática sanitária. É preciso inovar e buscar, coletiva e criativamente, soluções novas para os velhos problemas do nosso sistema de saúde. A construção de espaços de gestão que permitam a discussão e a crítica, em ambiente democrático e plural, é condição essencial para que o SUS seja, cada vez mais, um projeto que defenda e promova a vida.

Muitos municípios operam suas ações e serviços de saúde em condições desfavoráveis, dispendo de recursos financeiros e equipes insuficientes para atender às demandas dos usuários, seja em volume, seja em complexidade – resultado de uma conjuntura social de extrema desigualdade. Nessas situações, a gestão pública em saúde deve adotar condução técnica e administrativa compatível com os recursos existentes e criativa em sua utilização. Deve estabelecer critérios para a priorização dos gastos, orientados por análises sistemáticas das necessidades em saúde, verificadas junto à população. É um desafio que exige vontade política, propostas inventivas e capacidade de governo.

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios compartilham as responsabilidades de promover a articulação e a interação dentro do Sistema Único de Saúde – SUS, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

O SUS é um sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto das ações de saúde da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, onde cada parte cumpre funções e competências específicas, porém articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão do SUS nas três esferas governamentais.

Criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/90, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, e pela Lei nº 8.142/90, que trata da participação da comunidade na gestão do Sistema e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros, o SUS tem normas e regulamentos que disciplinam as políticas e ações em cada Subsistema.

A Sociedade, nos termos da Legislação, participa do planejamento e controle da execução das ações e serviços de saúde. Essa participação se dá por intermédio dos Conselhos de Saúde, presentes na União, nos Estados e Municípios.

### **Níveis de Gestão do SUS**

**Esfera Federal** - Gestor: Ministério da Saúde - Formulação da política estadual de saúde, coordenação e planejamento do SUS em nível Estadual. Financiamento das ações e serviços de saúde por meio da aplicação/distribuição de recursos públicos arrecadados.

**Esfera Estadual** - Gestor: Secretaria Estadual de Saúde - Formulação da política municipal de saúde e a provisão das ações e serviços de saúde, financiados com recursos próprios ou transferidos pelo gestor federal e/ou estadual do SUS.

**Esfera Municipal** - Gestor: Secretaria Municipal de Saúde - Formulação de políticas nacionais de saúde, planejamento, normalização, avaliação e controle do SUS em nível nacional. Financiamento das ações e serviços de saúde por meio da aplicação/distribuição de recursos públicos arrecadados.

### **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Pela dicção dos arts. 196 e 198 da CF, podemos afirmar que somente da segunda parte do art. 196 se ocupa o Sistema Único de Saúde, de forma mais concreta e direta, sob pena de a saúde, como setor, como uma área da Administração Pública, se ver obrigada a cuidar de tudo aquilo que possa ser considerado como fatores que condicionam e interferem com a saúde individual e coletiva. Isso seria um arrematado absurdo e deveríamos ter um super Ministério e super Secretarias da Saúde responsáveis por toda política social e econômica protetivas da saúde.

Se a Constituição tratou a saúde sob grande amplitude, isso não significa dizer que tudo o que está ali inserido corresponde a área de atuação do Sistema Único de Saúde.

Repassando, brevemente, aquela seção do capítulo da Seguridade Social, temos que: -- o art. 196, de maneira ampla, cuida do direito à saúde; -- o art. 197 trata da relevância pública das ações e serviços de saúde, públicos e privados, conferindo ao Estado o direito e o dever de regulamentar, fiscalizar e controlar o setor (público e privado); -- o art. 198 dispõe sobre as ações e os serviços públicos de saúde que devem ser garantidos a todos cidadãos para a sua promoção, proteção e recuperação, ou seja, dispõe sobre o Sistema Único de Saúde; -- o art. 199, trata da liberdade da iniciativa privada, suas restrições (não pode explorar o sangue, por ser bem fora do comércio; deve submeter-se à lei quanto à remoção de órgãos e tecidos e partes do corpo humano; não pode contar com a participação do capital estrangeiro na saúde privada; não pode receber auxílios e subvenções, se for entidade de fins econômicos etc.) e a possibilidade de o setor participar, complementarmente, do setor público; -- e o art. 200, das atribuições dos órgãos e entidades que compõem o sistema público de saúde. O SUS é mencionado somente nos arts. 198 e 200.

A leitura do art. 198 deve sempre ser feita em consonância com a segunda parte do art. 196 e com o art. 200. O art. 198 estatui que todas as ações e serviços públicos de saúde constituem um único sistema. Aqui temos o SUS. E esse sistema tem como atribuição garantir ao cidadão o acesso às ações e serviços públicos de saúde (segunda parte do art. 196), conforme campo demarcado pelo art. 200 e leis específicas.

O art. 200 define em que campo deve o SUS atuar. As atribuições ali relacionadas não são taxativas ou exaustivas. Outras poderão existir, na forma da lei. E as atribuições ali elencadas dependem, também, de lei para a sua exequibilidade.

Em 1990, foi editada a Lei n. 8.080/90 que, em seus arts. 5º e 6º, cuidou dos objetivos e das atribuições do SUS, tentando melhor explicitar o art. 200 da CF (ainda que, em alguns casos, tenha repetido os incisos daquele artigo, tão somente).

São objetivos do SUS:

a) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

b) a formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e outros agravos; e

c) execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando as ações assistenciais com as preventivas, de modo a garantir às pessoas a assistência integral à sua saúde.

O art. 6º, estabelece como competência do Sistema a execução de ações e serviços de saúde descritos em seus 11 incisos.

O SUS deve atuar em campo demarcado pela lei, em razão do disposto no art. 200 da CF e porque o enunciado constitucional de que saúde é direito de todos e dever do Estado, não tem o condão de abranger as condicionantes econômico-sociais da saúde, tampouco compreender, de forma ampla e irrestrita, todas as possíveis e imagináveis ações e serviços de saúde, até mesmo porque haverá sempre um limite orçamentário e um ilimitado avanço tecnológico a criar necessidades infindáveis e até mesmo questionáveis sob o ponto de vista ético, clínico, familiar, terapêutico, psicológico.

Será a lei que deverá impor as proporções, sem, contudo, é óbvio, cercear o direito à promoção, proteção e recuperação da saúde. E aqui o elemento delimitador da lei deverá ser o da dignidade humana.

Lembramos, por oportuno que, o Projeto de Lei Complementar n. 01/2003 -- que se encontra no Congresso Nacional para regulamentar os critérios de rateio de transferências dos recursos da União para Estados e Municípios -- busca disciplinar, de forma mais clara e definitiva, o que são ações e serviços de saúde e estabelecer o que pode e o que não pode ser financiado com recursos dos fundos de saúde. Esses parâmetros também servirão para circunscrever o que deve ser colocado à disposição da população, no âmbito do SUS, ainda que o art. 200 da CF e o art. 6º da LOS tenham definido o campo de atuação do SUS, fazendo pressupor o que são ações e serviços públicos de saúde, conforme dissemos acima. (O Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde também disciplinaram o que são ações e serviços de saúde em resoluções e portarias).

### **O QUE FINANCIAR COM OS RECURSOS DA SAÚDE?**

De plano, excetuam-se da área da saúde, para efeito de financiamento, (ainda que absolutamente relevantes como indicadores epidemiológicos da saúde) as condicionantes econômico-sociais. Os órgãos e entidades do SUS devem conhecer e informar à sociedade e ao governo os fatos que interferem na saúde da população com vistas à adoção de políticas públicas, sem, contudo, estarem obrigadas a utilizar recursos do fundo de saúde para intervir nessas causas.

Quem tem o dever de adotar políticas sociais e econômicas que visem evitar o risco da doença é o Governo como um todo (políticas de governo), e não a saúde, como setor (políticas setoriais). A ela, saúde, compete atuar nos campos demarcados pelos art. 200 da CF e art. 6º da Lei n. 8.080/90 e em outras leis específicas.

Como exemplo, podemos citar os servidores da saúde que devem ser pagos com recursos da saúde, mas o seu inativo, não; não porque os inativos devem ser pagos com recursos da Previdência Social. Idem quanto as ações da assistência social, como bolsa-alimentação, bolsa-família, vale-gás, renda mínima, fome zero, que devem ser financiadas com recursos da assistência social, setor ao qual incumbe promover e prover as necessidades das pessoas carentes visando diminuir as desigualdades sociais e suprir suas carências básicas imediatas. Isso tudo interfere com a saúde, mas não pode ser administrada nem financiada pelo setor saúde.

O saneamento básico é outro bom exemplo. A Lei n. 8.080/90, em seu art. 6º, II, dispõe que o SUS deve participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico. Por sua

vez, o § 3º do art. 32, reza que as ações de saneamento básico que venham a ser executadas supletivamente pelo SUS serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, DF e Municípios e não com os recursos dos fundos de saúde.

Nesse ponto gostaríamos de abrir um parêntese para comentar o Parecer do Sr. Procurador Geral da República, na ADIn n. 3087-6/600-RJ, aqui mencionado.

O Governo do Estado do Rio de Janeiro, pela Lei n. 4.179/03, instituiu o Programa Estadual de Acesso à Alimentação – PEAA, determinando que suas atividades correrão à conta do orçamento do Fundo Estadual da Saúde, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde. O PSDB, entendendo ser a lei inconstitucional por utilizar recursos da saúde para uma ação que não é de responsabilidade da área da saúde, moveu ação direta de inconstitucionalidade, com pedido de cautelar.

O Sr. Procurador da República (Parecer n. 5147/CF), opinou pela improcedência da ação por entender que o acesso à alimentação é indissociável do acesso à saúde, assim como os medicamentos o são e que as pessoas de baixa renda devem ter atendidas a necessidade básica de alimentar-se.

Infelizmente, mais uma vez confundiu-se “saúde” com “assistência social”, áreas da Seguridade Social, mas distintas entre si. A alimentação é um fator que condiciona a saúde tanto quanto o saneamento básico, o meio ambiente degradado, a falta de renda e lazer, a falta de moradia, dentre tantos outros fatores condicionantes e determinantes, tal qual mencionado no art. 3º da Lei n. 8.080/90.

A Lei n. 8.080/90 ao dispor sobre o campo de atuação do SUS incluiu a vigilância nutricional e a orientação alimentar, atividades complexas que não tem a ver com o fornecimento, puro e simples, de bolsa-alimentação, vale-alimentação ou qualquer outra forma de garantia de mínimos existenciais e sociais, de atribuição da assistência social ou de outras áreas da Administração Pública voltadas para corrigir as desigualdades sociais. A vigilância nutricional deve ser realizada pelo SUS em articulação com outros órgãos e setores governamentais em razão de sua interface com a saúde. São atividades que interessam a saúde, mas as quais, a saúde como setor, não as executa. Por isso a necessidade das comissões intersetoriais previstas na Lei n. 8.080/90.

A própria Lei n. 10.683/2003, que organiza a Presidência da República, estatuiu em seu art. 27, XX ser atribuição do Ministério da Saúde:

- a) política nacional de saúde;
- b) coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde;
- c) saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios;
- d) informações em saúde;
- e) insumos críticos para a saúde;
- f) ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos;
- g) vigilância em saúde, especialmente quanto às drogas, medicamentos e alimentos;
- h) pesquisa científica e tecnológica na área da saúde.

Ao Ministério da Saúde compete a vigilância sobre alimentos (registro, fiscalização, controle de qualidade) e não a prestação de serviços que visem fornecer alimentos às pessoas de baixa renda.

O fornecimento de cesta básica, merenda escolar, alimentação a crianças em idade escolar, idosos, trabalhadores rurais temporários, portadores de moléstias graves, conforme previsto na Lei do Estado do Rio de Janeiro, são situações de carência que necessitam de apoio do Poder Público, sem sombra de dúvida, mas no âmbito da assistência social ou de outro setor da Administração Pública e

com recursos que não os do fundo de saúde. Não podemos mais confundir assistência social com saúde. A alimentação interessa à saúde, mas não está em seu âmbito de atuação.

Tanto isso é fato que a Lei n. 8.080/90, em seu art. 12, estabeleceu que “serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil”, dispondo seu parágrafo único que “as comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde”. Já o seu art. 13, destaca, algumas dessas atividades, mencionando em seu inciso I a “alimentação e nutrição”.

O parâmetro para o financiamento da saúde deve ser as atribuições que foram dadas ao SUS pela Constituição e por leis específicas e não a 1ª parte do art. 196 da CF, uma vez que os fatores que condicionam a saúde são os mais variados e estão inseridos nas mais diversas áreas da Administração Pública, não podendo ser considerados como competência dos órgãos e entidades que compõe o Sistema Único de Saúde.

#### DA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Vencida esta etapa, adentramos em outra, no interior do setor saúde - SUS, que trata da integralidade da assistência à saúde. O art. 198 da CF determina que o Sistema Único de Saúde deve ser organizado de acordo com três diretrizes, dentre elas, o atendimento integral que pressupõe a junção das atividades preventivas, que devem ser priorizadas, com as atividades assistenciais, que também não podem ser prejudicadas.

A Lei n. 8.080/90, em seu art. 7º (que dispõe sobre os princípios e diretrizes do SUS), define a integralidade da assistência como “o 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”.

A integralidade da assistência exige que os serviços de saúde sejam organizados de forma a garantir ao indivíduo e à coletividade a proteção, a promoção e a recuperação da saúde, de acordo com as necessidades de cada um em todos os níveis de complexidade do sistema.

Vê-se, pois, que a assistência integral não se esgota nem se completa num único nível de complexidade técnica do sistema, necessitando, em grande parte, da combinação ou conjugação de serviços diferenciados, que nem sempre estão à disposição do cidadão no seu município de origem. Por isso a lei sabiamente definiu a integralidade da assistência como a satisfação de necessidades individuais e coletivas que devem ser realizadas nos mais diversos patamares de complexidade dos serviços de saúde, articulados pelos entes federativos, responsáveis pela saúde da população.

A integralidade da assistência é interdependente; ela não se completa nos serviços de saúde de um só ente da federação. Ela só finaliza, muitas vezes, depois de o cidadão percorrer o caminho traçado pela rede de serviços de saúde, em razão da complexidade da assistência

E para a delimitação das responsabilidades de cada ente da federação quanto ao seu comprometimento com a integralidade da assistência, foram criados instrumentos de gestão, como o plano de saúde e as formas de gestão dos serviços de saúde.

Desse modo, devemos centrar nossas atenções no plano de saúde, por ser ele a base de todas as atividades e programações da saúde, em cada nível de governo do Sistema Único de Saúde, o qual deverá ser elaborado de acordo com diretrizes legais estabelecidas na Lei n. 8.080/90: epidemiologia e organização de serviços (arts. 7º VII e 37). O plano de saúde deve ser a referência para a demarcação de responsabilidades técnicas, administrativas e jurídicas dos entes políticos.

Sem planos de saúde -- elaborados de acordo com as diretrizes legais, associadas àquelas estabelecidas nas comissões intergovernamentais trilaterais, principalmente no que se refere à divisão de responsabilidades -- o sistema ficará ao sabor de ideologias e decisões unilaterais das autoridades dirigentes da saúde, quando a regra que perpassa todo o sistema é a da cooperação e da conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais, humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em redes regionalizadas de serviços, nos termos dos incisos IX, b e XI do art. 7º e art. 8º da Lei n. 8.080/90.

Por isso, o plano de saúde deve ser o instrumento de fixação de responsabilidades técnicas, administrativas e jurídicas quanto à integralidade da assistência, uma vez que ela não se esgota, na maioria das vezes, na instância de governo-sede do cidadão. Ressalte-se, ainda, que o plano de saúde é a expressão viva dos interesses da população, uma vez que, elaborado pelos órgãos competentes governamentais, deve ser submetido ao conselho de saúde, representante da comunidade no SUS, a quem compete, discutir, aprovar e acompanhar a sua execução, em todos os seus aspectos.

Lembramos, ainda, que o planejamento sendo ascendente, iniciando-se da base local até a federal, reforça o sentido de que a integralidade da assistência só se completa com o conjunto articulado de serviços, de responsabilidade dos diversos entes governamentais.

Resumindo, podemos afirmar que, nos termos do art. 198, II, da CF, c/c os arts. 7º, II e VII, 36 e 37, da Lei n. 8.080/90, a integralidade da assistência não é um direito a ser satisfeito de maneira aleatória, conforme exigências individuais do cidadão ou de acordo com a vontade do dirigente da saúde, mas sim o resultado do plano de saúde que, por sua vez, deve ser a consequência de um planejamento que leve em conta a epidemiologia e a organização de serviços e conjugue as necessidades da saúde com as disponibilidades de recursos além da necessária observação do que ficou decidido nas comissões intergovernamentais trilaterais ou bilaterais, que não contrariem a lei.

Na realidade, cada ente político deve ser eticamente responsável pela saúde integral da pessoa que está sob atenção em seus serviços, cabendo-lhe responder civil, penal e administrativamente apenas pela omissão ou má execução dos serviços que estão sob seu encargo no seu plano de saúde que, por sua vez, deve guardar consonância com os pactos da regionalização, consubstanciados em instrumentos jurídicos competentes.

Nesse ponto, temos ainda a considerar que, dentre as atribuições do SUS, uma das mais importantes -- objeto de reclamações e ações judiciais -- é a assistência terapêutica integral. Por sua individualização, imediatismo, apelo emocional e ético, urgência e emergência, a assistência terapêutica destaca-se dentre todas as demais atividades da saúde como a de maior reivindicação individual. Falemos dela no tópico seguinte.

## ÉTICA E BIOÉTICA

### Ética e bioética na enfermagem

A Enfermagem compreende conhecimentos científicos e técnicos, acrescido das práticas sociais, éticas e políticas vivenciadas no ensino, pesquisa e assistência. Presta serviços ao ser humano dentro do contexto saúde-doença, atuando na promoção da saúde em atividades com grupos sociais ou com indivíduos, respeitando a individualidade dentro do contexto social no qual está inserido.

Este texto aborda a dimensão ética presente na especificidade do trabalho de enfermagem e peculiaridades desta área profissional que trabalha com o ser humano no processo saúde-doença. Pretende, também, explorar os aspectos etimológicos e relacionar a ética no cotidiano da Enfermagem como parte da ação em saúde.

O tema abordado não pode ser reduzido, apenas, às discussões sobre os atuais dilemas éticos veiculados diariamente na mídia, ou meramente, sobre o código de ética dos profissionais de Enfermagem aprovado pela Resolução COFEN 240/2000.1 Isto porque a ética permeia todas as nossas atitudes e comportamentos e está presente em todas as relações com familiares, amigos, colegas de trabalho, clientes, etc. Todas estas relações são moldadas por idéias, princípios, valores e conceitos que existem dentro de nós e que definem a maneira como agimos, ou seja, que “aprovam” ou “desaprovam” nossas ações e condutas.

Ética é uma palavra de origem grega “*éthos*” que significa caráter e que foi traduzida para o latim como “*mos*”, ou seja, costume, daí a utilização atual da ética como a “ciência da moral” ou “filosofia da moral” e entendida como conjunto de princípios morais que regem os direitos e deveres de cada um de nós e que são estabelecidos e aceitos numa época por determinada comunidade humana. A ética se ocupa com o ser humano e pretende a sua perfeição por meio do estudo dos conflitos entre o bem e o mal, que se refletem sobre o agir humano e suas finalidades.

Para as teorias éticas, o desejável é o “*ser*”: ser livre e autônomo (o ser que pondera seus atos no respeito ao outro e no direito comum); ser que age para a benevolência e a beneficência (prática o bem e não o nocivo); o ser que exercita a justiça (avalia atos, eventos e circunstâncias com a razão e não distorce a verdade); o ser virtuoso no caráter (solidário, generoso, tolerante, que ama a liberdade e o justo).

“Poderá haver direito e leis, mas a justiça só será construída praticando-se atos justos. Somos autores e atores do sentido ético, que implica os contrapontos direitos-deveres, consubstanciados no compromisso social”.

Em qualquer discussão que envolva um tema ético não se pode abrir mão do ‘princípio universal da responsabilidade’. Este princípio deve permear todas as questões éticas e está relacionado aos aspectos da ética da responsabilidade individual, assumida por cada um de nós; da ética da responsabilidade pública, referente ao papel e aos deveres dos Estados com a saúde e a vida das pessoas; e com a ética da responsabilidade planetária, nosso compromisso como cidadãos do mundo frente ao desafio de preservação do planeta.

Esta visão ética ampliada de valorização da vida no planeta exige uma postura consciente, solidária, responsável e virtuosa de todos os seres humanos e principalmente daqueles que se propõem a cuidar de outros seres humanos, em instituições de saúde ou em seus domicílios.

Com esta introdução ao tema, poderíamos pensar em algumas situações do nosso cotidiano que nos levam a refletir sobre a postura ética necessária aos profissionais da saúde, especialmente da Enfermagem, quais sejam: como eu atuo, penso e falo frente a um cliente descontrolado e agressivo? Frente a um cliente alcoolizado que havia, recentemente, recebido alta do hospital psiquiátrico? Frente a um cliente usuário de drogas e/ou com vírus HIV? Frente à gestante adolescente? Frente ao cliente que não coopera, não aceita o tratamento e exige alta? Frente ao cliente inconsciente, à criança e ao sofredor psíquico? Frente a falta de estrutura das ações e de planejamento de recursos na organização dos serviços de saúde?

Estas, além de outras, são questões frequentes nos contextos dos serviços de saúde e que podem nortear um debate mais aprofundado sob o ponto de vista ético.

Assim, pode-se perceber que a preocupação com os aspectos éticos na assistência à saúde, não se restringe à simples normatização contida na legislação ou nos códigos de ética profissional, mas estende-se ao respeito à pessoa como cidadã e como ser social, enfatizando que a “essência da bioética é a liberdade, porém com compromisso e responsabilidade”.

O termo “Bioética” surgiu nas últimas décadas (meados do século passado), a partir dos grandes avanços tecnológicos na área da Biologia, e aos problemas éticos derivados das descobertas e aplicações das ciências biológicas, que trazem em si enorme poder de intervenção sobre a vida e a natureza. Com o advento da AIDS, a partir dos anos 80, a Bioética ganhou impulso definitivo, obrigando à profunda reflexão “bioética” em razão das conseqüências advindas para os indivíduos e a sociedade.

A Bioética pode ser compreendida como “o estudo sistemático de caráter multidisciplinar, da conduta humana na área das ciências da vida e da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais”. O comportamento ético em atividades de saúde não se limita ao indivíduo, devendo ter também, um enfoque de responsabilidade social e ampliação dos direitos da cidadania, uma vez que sem cidadania não há saúde.

Hans Jonas introduziu o conceito de ética da responsabilidade. Para ele todos têm responsabilidade pela qualidade de vida das futuras gerações. Foi ele também que abordou o conceito de risco e a necessidade de avaliá-lo com responsabilidade.<sup>9</sup> Potter, representante da bioética, também se mostrava preocupado com os riscos que podem ser causados pela ciência em nível mundial. Para o autor, o conhecimento pode ser perigoso, entendendo o conhecimento perigoso, como aquele que se “acumulou muito mais rapidamente do que a sabedoria necessária para gerenciá-lo” e sugere que “a melhor forma de lidar com o conhecimento perigoso é a sabedoria, ou seja, a produção de mais conhecimento e mais especificamente de conhecimento sobre o conhecimento”.

A ética da responsabilidade e a bioética conduzem a responsabilidade para com as questões do cotidiano e das relações humanas em todas as dimensões desde que tenhamos uma postura consciente na arte de cuidar do outro como se fosse a si mesmo.

Portanto, as discussões e reflexões da Bioética não se limitam aos grandes dilemas éticos atuais como o projeto genoma humano, o aborto, a eutanásia ou os transgênicos, incluem também os campos da experimentação com animais e com seres humanos, os direitos e deveres dos profissionais da saúde e dos clientes, as práticas psiquiátricas, pediátricas e com indivíduos inconscientes e, inclusive, as intervenções humanas sobre o ambiente que influem no equilíbrio das espécies vivas, além de outros. A Bioética não está restrita às Ciências da Saúde. Ela desde que surgiu abrange todas as áreas do conhecimento. A sua atuação tem a ver com a vida. Tem enfoque interdisciplinar ou, talvez até, transdisciplinar.

Em referência à abrangência atual da Bioética destacam-se quatro aspectos considerados relevantes e que estimulam uma reflexão teórica mais ampla entre as ciências da vida, ou seja, uma bioética da vida cotidiana, que se refere aos comportamentos e às idéias de cada pessoa e ao uso das descobertas biomédicas; uma bioética deontológica, com os códigos morais dos deveres profissionais; uma bioética legal, com normas reguladoras, promulgadas e interpretadas pelos Estados, com valor de lei e; uma bioética filosófica, que procura compreender os princípios e valores que estão na base das reflexões e das ações humanas nestes campos.

Para a abordagem de conflitos morais e dilemas éticos na saúde, a Bioética se sustenta em quatro princípios. Estes princípios devem nortear as discussões, decisões, procedimentos e ações na esfera dos cuidados da saúde. São eles: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça ou equidade.

O princípio da beneficência relaciona-se ao dever de ajudar aos outros, de fazer ou promover o bem a favor de seus interesses. Reconhece o valor moral do outro, levando-se em conta que maximizando o bem do outro, possivelmente pode-se reduzir o mal. Neste princípio, o profissional se compromete em avaliar os riscos e os benefícios potenciais (individuais e coletivos) e a buscar o máximo de benefícios, reduzindo ao mínimo os danos e riscos.

Isto significa que como profissionais da saúde precisamos fazer o que é benéfico do ponto de vista da saúde e o que é benéfico para os seres humanos em geral. Para utilizarmos este princípio é necessário o desenvolvimento de competências profissionais, pois só assim, poderemos decidir quais são os riscos e benefícios aos quais estaremos expondo nossos clientes, quando decidirmos por determinadas atitudes, práticas e procedimentos.

É comum que os profissionais da saúde tenham uma atitude paternalista para com os clientes, ou seja, decidam o que é melhor para eles, sem levar em conta seus pensamentos ou sentimentos e, geralmente, justificam suas atitudes com uma frase semelhante a esta: “é para o seu próprio bem”, mesmo que o cliente discorde. Desta forma, mesmo tendo a intenção de fazer o bem, estão reduzindo adultos a condição de crianças e interferindo em sua liberdade de ação.

Este modo de agir permeia o cotidiano da assistência prestada pela Enfermagem, devido possivelmente, a forte influência de Nightingale que considerava que a enfermeira deveria executar suas ações baseadas no que seria melhor para o paciente e que ela deveria saber como ele se sente e o que deseja.

Outra forma possível de análise desta atitude paternalista dos profissionais de saúde pode ser nossa origem latino-americana. Em países em que existem uma grande diferença sócio-econômico-cultural, como no Brasil, as pessoas tendem a ser mais submissas. Os indivíduos não estando acostumados a exercerem a cidadania aceitaram, sem questionamentos, a assistência ofertada.

Para saber o que é bom para cada um dos clientes é preciso que se estabeleça um relacionamento interpessoal de confiança mútua e que o cuidador esteja atento aos limites de sua atuação, uma vez que poderá estar ferindo um outro princípio, a autonomia do cliente.

O princípio de não-maleficência implica no dever de se abster de fazer qualquer mal para os clientes, de não causar danos ou colocá-los em risco. O profissional se compromete a avaliar e evitar os danos previsíveis.

Para atender a este princípio, não basta apenas, que o profissional de saúde tenha boas intenções de não prejudicar o cliente. É preciso evitar qualquer situação que signifique riscos para o mesmo e verificar se o modo de agir não está prejudicando o cliente individual ou coletivamente, se determinada técnica não oferece riscos e ainda, se existe outro modo de executar com menos riscos.

Autonomia, o terceiro princípio, diz respeito à autodeterminação ou autogoverno, ao poder de decidir sobre si mesmo. Preconiza que a liberdade de cada ser humano deve ser resguardada.

Esta autodeterminação é limitada em situações em que “pensar diferente” ou “agir diferente”, não resulte em danos para outras pessoas. A violação da autonomia só é eticamente aceitável, quando o bem público se sobrepõe ao bem individual.

A autonomia não nega influência externa, mas dá ao ser humano a capacidade de refletir sobre as limitações que lhe são impostas, a partir das quais orienta a sua ação frente aos condicionamentos.

O direito moral do ser humano à autonomia gera um dever dos outros em respeitá-lo. Assim, também os profissionais da saúde precisam estabelecer relações com os clientes em que ambas as partes se respeitem. Respeitar a autonomia é reconhecer que ao indivíduo cabe possuir certos pontos de vista e que é ele que deve deliberar e tomar decisões seguindo seu próprio plano de vida e ação embasado em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando estejam em divergência com aqueles dominantes na sociedade, ou quando o cliente é uma criança, um deficiente mental ou um sofredor psíquico.

Cabe aos profissionais da saúde oferecer as informações técnicas necessárias para orientar as decisões do cliente, sem utilização de formas de influência ou manipulação, para que possa participar

das decisões sobre o cuidado/assistência à sua saúde, isto é, ter respeito pelo ser humano e seus direitos à dignidade, à privacidade e à liberdade. Deve-se levar em conta que vivemos em sociedade, portanto, possuímos responsabilidades sociais.

Entretanto, no caso da Enfermagem, a autonomia pode apresentar-se mais como uma intenção codificada do que sua efetividade na prática, pois a decisão tomada sofre influência conforme a autonomia que se tem na prática. Sem essa autonomia necessária para identificarmos os atos que deveriam ou não ser realizados, corremos o risco de reproduzirmos apenas atos autômatos.

Aos profissionais de enfermagem cabe buscar essa autonomia no conhecimento, isto é, construir um corpo de conhecimento específico que possibilite uma maior autonomia no processo de cuidar, vinculando o pensar ao ato de fazer.

O princípio da justiça relaciona-se à distribuição coerente e adequada de deveres e benefícios sociais.

No Brasil, a Constituição de 1988 refere que a saúde é direito de todos. Dessa forma, todo cidadão tem direito à assistência de saúde, sempre que precisar, independente de possuir ou não um plano de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade na atenção à saúde dos brasileiros. Entretanto, mesmo com criação de normas regulamentadoras, o SUS ainda não está consolidado e o não atendimento de seus princípios doutrinários impõe as profissionais de saúde a convivência cotidiana com dilemas éticos, quando não oferece serviços de saúde de qualidade.

Conhecendo estes quatro princípios podemos utilizá-los como recursos para análise e compreensão de situações de conflito, sempre que estas se apresentarem, comparando com casos semelhantes que já tenham ocorrido e ponderando as consequências das condutas tomadas anteriormente sobre os clientes, familiares e a comunidade.

“A relação do paciente com seus cuidadores pode estar permeada pelo conflito, pois distintos critérios morais e éticos guiam a atuação de cada um dos envolvidos. Os profissionais de saúde, em geral orientam-se pelo critério da beneficência, os pacientes pelo da autonomia e a sociedade pelo de justiça”

Esta relação terapêutica deve-se fundamentar na parceria com o cliente, na possibilidade do deste fazer escolhas e, principalmente, na possibilidade do profissional compreender a escolha do cliente.

Concluimos com algumas considerações e questionamentos:

Entendemos que a ética reconhece o valor de todos os seres vivos e encara os humanos como um dos fios que formam a grande teia da vida. Nesta teia, todos os fios são importantes, inseparáveis e co-produtores uns dos outros. Ao nos dedicarmos a agir eticamente, estaremos buscando saúde e vida. Esta busca leva o ser humano a um processo contínuo de crescimento.

Como nosso trabalho é realizado em um ambiente complexo (instituição de saúde ou comunidade), nele, todas as nossas ações (modo de ouvir, olhar, tocar, falar, comunicar e realizar procedimentos), são questionáveis do ponto de vista ético. A maneira como nos relacionamos com colegas de trabalho, clientes e familiares (dos clientes e nossos) podem influenciar o resultado do nosso trabalho. Uma relação de reciprocidade não permite arrogância, onipotência e autoritarismo, mas permite a liberdade de expressão do pensamento, idéias e experiências e passa pelo respeito à compreensão moral e ética dos seres envolvidos.

A ética em saúde é permeada pelo “bem pensar” e pela “introspecção” (auto-exame), não sendo suficiente a “boa intenção”. O auto-exame nos permite descobrir que somos seres falíveis, frágeis, insuficientes, carentes e que necessitamos de mútua compreensão.

A bioética é um instrumento que nos guiará nas reflexões cotidianas de nosso trabalho, sendo fundamental para que as gerações futuras tenham a vida com mais qualidade.

Entretanto, como está o ensino da bioética no mundo? Como as escolas estão preparando os profissionais de saúde para os impasses éticos do dia-a-dia? As decisões são orientadas para que o mundo se torne mais humano? Como buscar a equidade na assistência com respostas morais adequadas a realidade que se apresenta no nosso mundo do trabalho?

Enfim, o que queremos é que nossas ações sejam pensadas, refletidas, competentes e que principalmente os profissionais da Enfermagem, se utilizem do conhecimento disponível de forma responsável.

## ÉTICA PROFISSIONAL DO SERVIDOR PÚBLICO CIVIL DO PODER EXECUTIVO FEDERAL

### DECRETO Nº 1.171, DE 22 DE JUNHO DE 1994

Aprova o Código de Ética Profissional do Servidor Público Civil do Poder Executivo Federal.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, e ainda tendo em vista o disposto no art. 37 da Constituição, bem como nos arts. 116 e 117 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e nos arts. 10, 11 e 12 da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992,

#### DECRETA:

Art. 1º Fica aprovado o Código de Ética Profissional do Servidor Público Civil do Poder Executivo Federal, que com este baixa.

Art. 2º Os órgãos e entidades da Administração Pública Federal direta e indireta implementarão, em sessenta dias, as providências necessárias à plena vigência do Código de Ética, inclusive mediante a Constituição da respectiva Comissão de Ética, integrada por três servidores ou empregados titulares de cargo efetivo ou emprego permanente.

Parágrafo único. A constituição da Comissão de Ética será comunicada à Secretaria da Administração Federal da Presidência da República, com a indicação dos respectivos membros titulares e suplentes.

Art. 3º Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 22 de junho de 1994, 173º da Independência e 106º da República.

ITAMAR FRANCO

## ANEXO CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO SERVIDOR PÚBLICO CIVIL DO PODER EXECUTIVO FEDERAL

### CAPÍTULO I

#### SEÇÃO I DAS REGRAS DEONTOLÓGICAS

I - A dignidade, o decoro, o zelo, a eficácia e a consciência dos princípios morais são primados maiores que devem nortear o servidor público, seja no exercício do cargo ou função, ou fora dele, já que refletirá o exercício da vocação do próprio poder estatal. Seus atos, comportamentos e atitudes serão direcionados para a preservação da honra e da tradição dos serviços públicos.

II - O servidor público não poderá jamais desprezar o elemento ético de sua conduta. Assim, não terá que decidir somente entre o legal e o ilegal, o justo e o injusto, o conveniente e o inconveniente, o oportuno e o inoportuno, mas principalmente entre o honesto e o desonesto, consoante as regras contidas no art. 37, caput, e § 4º, da Constituição Federal.

III - A moralidade da Administração Pública não se limita à distinção entre o bem e o mal, devendo ser acrescida da idéia de que o fim é sempre o bem comum. O equilíbrio entre a legalidade e a finalidade, na conduta do servidor público, é que poderá consolidar a moralidade do ato administrativo.

IV - A remuneração do servidor público é custeada pelos tributos pagos direta ou indiretamente por todos, até por ele próprio, e por isso se exige, como contrapartida, que a moralidade administrativa se integre no Direito, como elemento indissociável de sua aplicação e de sua finalidade, erigindo-se, como consequência, em fator de legalidade.

V - O trabalho desenvolvido pelo servidor público perante a comunidade deve ser entendido como acréscimo ao seu próprio bem-estar, já que, como cidadão, integrante da sociedade, o êxito desse trabalho pode ser considerado como seu maior patrimônio.

VI - A função pública deve ser tida como exercício profissional e, portanto, se integra na vida particular de cada servidor público. Assim, os fatos e atos verificados na conduta do dia-a-dia em sua vida privada poderão crescer ou diminuir o seu bom conceito na vida funcional.

VII - Salvo os casos de segurança nacional, investigações policiais ou interesse superior do Estado e da Administração Pública, a serem preservados em processo previamente declarado sigiloso, nos termos da lei, a publicidade de qualquer ato administrativo constitui requisito de eficácia e moralidade, ensejando sua omissão comprometimento ético contra o bem comum, imputável a quem a negar.

VIII - Toda pessoa tem direito à verdade. O servidor não pode omiti-la ou falseá-la, ainda que contrária aos interesses da própria pessoa interessada ou da Administração Pública. Nenhum Estado pode crescer ou estabilizar-se sobre o poder corruptivo do hábito do erro, da opressão ou da mentira, que sempre aniquilam até mesmo a dignidade humana quanto mais a de uma Nação.

IX - A cortesia, a boa vontade, o cuidado e o tempo dedicados ao serviço público caracterizam o esforço pela disciplina. Tratar mal uma pessoa que paga seus tributos direta ou indiretamente significa causar-lhe dano moral. Da mesma forma, causar dano a qualquer bem pertencente ao patrimônio público, deteriorando-o, por descuido ou má vontade, não constitui apenas uma ofensa ao equipamento e às instalações ou ao Estado, mas a todos os homens de boa vontade que dedicaram sua inteligência, seu tempo, suas esperanças e seus esforços para construí-los.

X - Deixar o servidor público qualquer pessoa à espera de solução que compete ao setor em que exerça suas funções, permitindo a formação de longas filas, ou qualquer outra espécie de atraso na prestação do serviço, não caracteriza apenas atitude contra a ética ou ato de desumanidade, mas principalmente grave dano moral aos usuários dos serviços públicos.

XI - O servidor deve prestar toda a sua atenção às ordens legais de seus superiores, velando atentamente por seu cumprimento, e, assim, evitando a conduta negligente. Os repetidos erros, o descaso e o acúmulo de desvios tornam-se, às vezes, difíceis de corrigir e caracterizam até mesmo imprudência no desempenho da função pública.

XII - Toda ausência injustificada do servidor de seu local de trabalho é fator de desmoralização do serviço público, o que quase sempre conduz à desordem nas relações humanas.

XIII - O servidor que trabalha em harmonia com a estrutura organizacional, respeitando seus colegas e cada concidadão, colabora e de todos pode receber colaboração, pois sua atividade pública é a grande oportunidade para o crescimento e o engrandecimento da Nação.

## SEÇÃO II DOS PRINCIPAIS DEVERES DO SERVIDOR PÚBLICO

XIV - São deveres fundamentais do servidor público:

a) desempenhar, a tempo, as atribuições do cargo, função ou emprego público de que seja titular;

b) exercer suas atribuições com rapidez, perfeição e rendimento, ponho fim ou procurando prioritariamente resolver situações procrastinatórias, principalmente diante de filas ou de qualquer outra espécie de atraso na prestação dos serviços pelo setor em que exerça suas atribuições, com o fim de evitar dano moral ao usuário;

c) ser probo, reto, leal e justo, demonstrando toda a integridade do seu caráter, escolhendo sempre, quando estiver diante de duas opções, a melhor e a mais vantajosa para o bem comum;

d) jamais retardar qualquer prestação de contas, condição essencial da gestão dos bens, direitos e serviços da coletividade a seu cargo;

e) tratar cuidadosamente os usuários dos serviços aperfeiçoando o processo de comunicação e contato com o público;

f) ter consciência de que seu trabalho é regido por princípios éticos que se materializam na adequada prestação dos serviços públicos;

g) ser cortês, ter urbanidade, disponibilidade e atenção, respeitando a capacidade e as limitações individuais de todos os usuários do serviço público, sem qualquer espécie de preconceito ou distinção de raça, sexo, nacionalidade, cor, idade, religião, cunho político e posição social, abstendo-se, dessa forma, de causar-lhes dano moral;

h) ter respeito à hierarquia, porém sem nenhum temor de representar contra qualquer comprometimento indevido da estrutura em que se funda o Poder Estatal;

i) resistir a todas as pressões de superiores hierárquicos, de contratantes, interessados e outros que visem obter quaisquer favores, benesses ou vantagens indevidas em decorrência de ações imorais, ilegais ou aéticas e denunciá-las;

j) zelar, no exercício do direito de greve, pelas exigências específicas da defesa da vida e da segurança coletiva;

l) ser assíduo e freqüente ao serviço, na certeza de que sua ausência provoca danos ao trabalho ordenado, refletindo negativamente em todo o sistema;

m) comunicar imediatamente a seus superiores todo e qualquer ato ou fato contrário ao interesse público, exigindo as providências cabíveis;

n) manter limpo e em perfeita ordem o local de trabalho, seguindo os métodos mais adequados à sua organização e distribuição;

o) participar dos movimentos e estudos que se relacionem com a melhoria do exercício de suas funções, tendo por escopo a realização do bem comum;

p) apresentar-se ao trabalho com vestimentas adequadas ao exercício da função;

q) manter-se atualizado com as instruções, as normas de serviço e a legislação pertinentes ao órgão onde exerce suas funções;

r) cumprir, de acordo com as normas do serviço e as instruções superiores, as tarefas de seu cargo ou função, tanto quanto possível, com critério, segurança e rapidez, mantendo tudo sempre em boa ordem.

s) facilitar a fiscalização de todos atos ou serviços por quem de direito;

t) exercer com estrita moderação as prerrogativas funcionais que lhe sejam atribuídas, abstendo-se de fazê-lo contrariamente aos legítimos interesses dos usuários do serviço público e dos jurisdicionados administrativos;

u) abster-se, de forma absoluta, de exercer sua função, poder ou autoridade com finalidade estranha ao interesse público, mesmo que observando as formalidades legais e não cometendo qualquer violação expressa à lei;

v) divulgar e informar a todos os integrantes da sua classe sobre a existência deste Código de Ética, estimulando o seu integral cumprimento.

### SEÇÃO III DAS VEDAÇÕES AO SERVIDOR PÚBLICO

XV - É vedado ao servidor público;

a) o uso do cargo ou função, facilidades, amizades, tempo, posição e influências, para obter qualquer favorecimento, para si ou para outrem;

b) prejudicar deliberadamente a reputação de outros servidores ou de cidadãos que deles dependam;

c) ser, em função de seu espírito de solidariedade, conivente com erro ou infração a este Código de Ética ou ao Código de Ética de sua profissão;

d) usar de artifícios para procrastinar ou dificultar o exercício regular de direito por qualquer pessoa, causando-lhe dano moral ou material;

e) deixar de utilizar os avanços técnicos e científicos ao seu alcance ou do seu conhecimento para atendimento do seu mister;

f) permitir que perseguições, simpatias, antipatias, caprichos, paixões ou interesses de ordem pessoal interfiram no trato com o público, com os jurisdicionados administrativos ou com colegas hierarquicamente superiores ou inferiores;

g) pleitear, solicitar, provocar, sugerir ou receber qualquer tipo de ajuda financeira, gratificação, prêmio, comissão, doação ou vantagem de qualquer espécie, para si, familiares ou qualquer pessoa, para o cumprimento da sua missão ou para influenciar outro servidor para o mesmo fim;

h) alterar ou deturpar o teor de documentos que deva encaminhar para providências;

i) iludir ou tentar iludir qualquer pessoa que necessite do atendimento em serviços públicos;

j) desviar servidor público para atendimento a interesse particular;

l) retirar da repartição pública, sem estar legalmente autorizado, qualquer documento, livro ou bem pertencente ao patrimônio público;

m) fazer uso de informações privilegiadas obtidas no âmbito interno de seu serviço, em benefício próprio, de parentes, de amigos ou de terceiros;

n) apresentar-se embriagado no serviço ou fora dele habitualmente;

o) dar o seu concurso a qualquer instituição que atente contra a moral, a honestidade ou a dignidade da pessoa humana;

p) exercer atividade profissional aética ou ligar o seu nome a empreendimentos de cunho duvidoso.

### CAPÍTULO II DAS COMISSÕES DE ÉTICA

XVI - Em todos os órgãos e entidades da Administração Pública Federal direta, indireta autárquica e fundacional, ou em qualquer órgão ou entidade que exerça atribuições delegadas pelo poder público, deverá ser criada uma Comissão de Ética, encarregada de

orientar e aconselhar sobre a ética profissional do servidor, no tratamento com as pessoas e com o patrimônio público, competindo-lhe conhecer concretamente de imputação ou de procedimento susceptível de censura.

XVII - (Revogado pelo Decreto nº 6.029, de 2007)

XVIII - À Comissão de Ética incumbe fornecer, aos organismos encarregados da execução do quadro de carreira dos servidores, os registros sobre sua conduta ética, para o efeito de instruir e fundamentar promoções e para todos os demais procedimentos próprios da carreira do servidor público.

XIX - (Revogado pelo Decreto nº 6.029, de 2007)

XX - (Revogado pelo Decreto nº 6.029, de 2007)

XXI - (Revogado pelo Decreto nº 6.029, de 2007)

XXII - A pena aplicável ao servidor público pela Comissão de Ética é a de censura e sua fundamentação constará do respectivo parecer, assinado por todos os seus integrantes, com ciência do faltoso.

XXIII - (Revogado pelo Decreto nº 6.029, de 2007)

XXIV - Para fins de apuração do comprometimento ético, entende-se por servidor público todo aquele que, por força de lei, contrato ou de qualquer ato jurídico, preste serviços de natureza permanente, temporária ou excepcional, ainda que sem retribuição financeira, desde que ligado direta ou indiretamente a qualquer órgão do poder estatal, como as autarquias, as fundações públicas, as entidades paraestatais, as empresas públicas e as sociedades de economia mista, ou em qualquer setor onde prevaleça o interesse do Estado.

XXV - (Revogado pelo Decreto nº 6.029, de 2007)

**HIGIENE EM SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO: CONCEITOS, HIGIENE AMBIENTAL, BIOFILMES, HIGIENE DOS ALIMENTOS, HIGIENE DAS MÃOS, TIPOS DE MICROORGANISMOS, FONTES DE CONTAMINAÇÃO, VIAS DE TRANSMISSÃO, BINÔMIO TEMPO/TEMPERATURA, REFRIGERAÇÃO, ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO**

#### Higiene dos alimentos

##### Definição de higiene

Higiene é a ciência que tem como objetivo preservar a saúde e prevenir doenças através de práticas de limpeza ou higienização.

Existem diversos tipos de higiene, mas as de importância relacionadas com os alimentos são a higiene pessoal, ambiental e, claro, dos alimentos.

##### Os microorganismos

Para entender melhor o sentido de higiene, é preciso saber o que são os microorganismos.

Os microorganismos ou micróbios são seres vivos, assim como os homens e os animais, mas a maioria é invisível a olho nu e só pode ser vista com um aparelho especial, o microscópio. As bactérias, fungos e vírus são exemplos de microorganismos.

Como qualquer outro ser vivo, eles se reproduzem, se multiplicam.

A diferença é que os micróbios são muitíssimo mais rápidos que o homem e esse é o grande problema. A maioria das bactérias, em quantidades pequenas, não faz mal ao homem. Mas em grandes quantidades, ou seja, quando se multiplicam várias vezes, elas provocam doenças e podem até matar! Existem bactérias que até mesmo em pouquíssimas quantidades podem prejudicar o homem...

Os microorganismos são encontrados por toda parte: no ar, na água, na terra, no nosso corpo, mãos, pés, unhas, nariz, cabelos, olhos, barba... Para viverem, eles precisam de água e de alimentos, além de tempo e temperatura ideal para se multiplicarem.

As bactérias se reproduzem com maior facilidade em temperaturas entre 15° C e 70o C. Ou seja, a temperatura ambiente e as temperaturas dos alimentos frios ou mornos são ideais para que elas se multipliquem.

O homem é o principal “meio de transporte” da bactéria até o alimento. Isso acontece quando não possui bons hábitos de higiene, seja com cuidados pessoais, do ambiente ou do próprio alimento.

### Higiene pessoal

Os cuidados de higiene pessoal devem ser tomados especialmente pelos manipuladores de alimentos, isto é, pelos indivíduos que trabalham com o preparo de alimentos. Mas isso não significa que as demais pessoas não tenham que se preocupar com esse assunto. Pelo contrário! São atitudes que devem fazer parte do dia-a-dia de todos nós, para preservar a saúde e prevenir doenças. Aqui estão algumas recomendações:

- Tomar banho todos os dias e manter-se limpo.
- Manter as unhas limpas e cortadas.
- Escovar os dentes após as refeições.
- Usar roupas limpas.
- Lavar as mãos:
  - antes de pegar em alimentos;
  - antes de comer qualquer alimento;
  - depois de ir ao banheiro;
  - depois de pegar em dinheiro, em algum objeto sujo ou em animais.

Algumas recomendações são específicas para os manipuladores de alimentos:

- Lavar as mãos:
  - toda vez que mudar de atividade durante o trabalho;
  - depois de tocar nos cabelos;
  - depois de usar o banheiro;
  - ao tocar alguma parte do corpo;
  - quando fumar ou assoar o nariz;
  - entre a manipulação de alimentos crus e cozidos;
  - sempre que entrar na cozinha;
  - depois de comer;
  - depois de mexer na lixeira.
- Manter as unhas curtas e sem esmalte.
- Não usar brincos, relógios, broches, anéis e outros acessórios enquanto estiver preparando os alimentos.
- Manter o uniforme sempre limpo.
- Usar touca e sapatos fechados.
- Não comer durante o preparo dos alimentos.
- Lavar as mãos com sanitizante ou água limpa, sabão e desinfetante.

### Uso de máscara e luvas

A máscara deve ser usada por funcionário que prepara alimentos servidos crus e por funcionário resfriado, gripado ou com alguma doença do nariz ou da boca. As luvas devem ser usadas por funcionário que prepara alimentos servidos crus ou quando está em contato próximo com alimentos já preparados. Devem ser colocadas quando as mãos estiverem limpas. O uso de luvas NÃO dispensa adequada higienização das mãos!

As luvas devem ser trocadas sempre que se reiniciar o trabalho. A pessoa que está preparando os alimentos deve tirar as luvas ao sair da cozinha, antes de atender o telefone e de fazer qualquer outra atividade não relacionada com o preparo do alimento. Não se deve tocar em alimentos crus e cozidos com a mesma luva.

Quando temos bons hábitos de higiene pessoal, as quantidades de bactérias presentes são bem menores e o risco de acontecer algum problema também!

### Higiene ambiental

Algumas dicas para manter o ambiente em condições adequadas de higiene são:

- Limpar equipamentos e utensílios logo após o uso.
- Limpar as superfícies usadas no preparo dos alimentos e o piso depois de preparar cada refeição.
- Não esquecer a limpeza dos refrigeradores a cada 15 dias e das janelas e portas uma vez por mês.
- Manter as áreas da cozinha livre de restos de alimentos.
- Conservar as latas de lixo tampadas, limpas e afastadas dos alimentos, para evitar o acesso de insetos.
- Não deixar que entrem na cozinha pessoas que não tenham cumprido o ritual de higienização pessoal.

### Importância da higiene dos alimentos

O ser vivo tem “instintos naturais” de alimentação, defesa e orientação. No homem, porém, tais mecanismos naturais não são suficientes para sua adaptação às novas condições de vida. Por isso, a criança é o mais indefeso dos seres vivos, precisando do cuidado contínuo dos adultos.

Os cuidados que a criança recebe da família ou escola dependem especialmente do seu padrão sociocultural e econômico. O grupo social a que pertence, portanto, acabará determinando o seu padrão alimentar e a qualidade dos cuidados a ela prestados. Tanto o padrão alimentar como os serviços prestados podem ser orientados por uma equipe bem preparada, que vai procurar fazer com que as informações sejam aproveitadas ao máximo, mas sempre de acordo com os recursos disponíveis e a situação local.

Um dos primeiros passos para que essa orientação seja proveitosa é realizar atividades com as crianças envolvendo conceitos básicos sobre o tema Higiene, muito relacionado com a qualidade de vida.

Os aspectos sanitários vêm sendo bastante discutidos e salientados por profissionais de saúde, pelo governo, e até mesmo pela população em geral, que atualmente está mais atenta e preocupada com as condições higiênicas dos alimentos, do ambiente e do pessoal envolvidos no preparo de refeições. Assim, é cada vez maior a cobrança para que sejam cumpridas as normas de higiene estabelecidas por órgãos competentes.

A higiene dos alimentos depende de muitos fatores, tais como higiene pessoal e do ambiente; características dos alimentos; condições de conservação e de preparo, entre outros. As pessoas que trabalham com o preparo de alimentos, isto é, os manipuladores de alimentos, estão diariamente em contato com outras pessoas que podem apresentar microorganismos causadores de doenças.

Podem ser doenças de forma aparente, como a gripe, ou de forma inaparente, como em portadores de febre tifóide. Por isso mesmo, os manipuladores precisam se proteger mantendo ativa a resistência normal de seu organismo através de medidas preventivas e hábitos higiênicos. Os microorganismos causadores de doenças aproveitam as situações de falhas sanitárias no manuseio de alimentos para determinarem doença no homem.

Assim, quando se tem o cuidado de tomar uma série de medidas higiênicas, é possível prevenir a transmissão de diversos tipos de doenças, permitindo o bem estar de crianças e adultos.

### Higiene dos alimentos

Na hora de escolher e consumir um alimento, não é só o valor nutritivo que conta. É muito importante observar as condições de higiene em que ele se encontra. Caso contrário, o alimento pode contribuir para o aparecimento de doenças ou até mesmo a morte.

Algumas recomendações são:

- Tocar nos alimentos apenas antes de cozinhá-los ou na hora de lavá-los (e com as mãos bem limpas!).
- Beber somente água filtrada ou fervida.
- Lavar muito bem as verduras, legumes e frutas, usando sabão, gotas de água sanitária, ou vinagre e água corrente, se possível filtrada ou fervida.
- Fazer a comida perto do horário de servi-la.
- Escolher alimentos fiscalizados pelo Ministério da Agricultura e que apresentem o selo do Serviço de Inspeção Federal (SIF).

Não comprar ovos, frango e leite de origem clandestina.

- Cozinhar bem os alimentos. Carnes, aves e peixes devem ser cozidos em temperatura superior a 70 graus, para eliminar a maior parte das contaminações. Os alimentos que estiverem congelados devem ser muito bem descongelados antes de serem preparados e cozidos.
- Fazer a quantidade certa para evitar sobras. Quando a comida esfria à temperatura ambiente, os microorganismos começam a proliferar e a comida pode estragar.
- Guardar sobras com muito cuidado. As sobras de alimentos devem ser guardadas na geladeira, em temperatura igual ou inferior a 10 graus. No caso de comida de criança, o melhor é não guardar. Todo alimento na geladeira deve estar embalado ou acondicionado em pote fechado.
- Aquecer bem os alimentos que foram refrigerados. O ideal é mexer, misturar para aquecer por igual, juntando água, se possível, para permitir a fervura que mata os micróbios.
- Não misturar alimentos crus com cozidos. Quando se corta um frango cru, por exemplo, deve-se lavar muito bem a faca e a tábua antes de cortar a ave cozida ou assada.
- Evitar o uso de tábuas de madeira e colheres de pau. É melhor usar tábuas de polietileno e colheres de plástico resistente.
- Proteger alimentos de insetos e animais. Eles transportam micróbios que causam doenças. O ideal é guardar os alimentos em vasilhas fechadas.
- Não falar, tossir ou espirrar em cima dos alimentos.
- Não comer alimentos com aparência, textura ou cheiro estranhos.
- Ler com atenção o rótulo do alimento.
- Verificar o prazo de validade.
- Conservar em local apropriado.

#### Alimento contaminado X alimento estragado

Os comportamentos de higiene relacionados aos alimentos são importantes para que eles não fiquem contaminados ou até mesmo estragados. Mas qual a diferença?

Um alimento contaminado é aquele que contém bactérias prejudiciais à saúde, mas que continua com cheiro, gosto e aparência normais.

Um alimento estragado é aquele que já tem cheiro, sabor e aparência modificados (alimento podre). Isso acontece porque esse alimento já estava contaminado e, com o passar do tempo, as bactérias se multiplicaram.

Tanto os alimentos contaminados como os estragados podem causar problemas como diarreia, vômitos e até a morte. Mas os alimentos contaminados são muito mais perigosos que os estragados, já que não conseguimos perceber, pela aparência, que eles estão ruins. Quando os alimentos estão estragados, é fácil saber que eles não devem ser consumidos. MAS ATENÇÃO: muitas vezes as crianças não conhecem o cheiro e o gosto normal de uma comida e comem um alimento estragado sem saber que ele não está bom. Isso é perigosíssimo!!

Um alimento também pode estar contaminado ou estragado em apenas uma parte. Isso explica porque às vezes as pessoas comem da mesma comida e só algumas passam mal.

Quando temos bons hábitos de higiene, a quantidade de bactérias presentes em nosso meio são bem menores e o risco de acontecer algum problema também! por isso é tão importante manter-se sempre limpo e cuidar da limpeza do ambiente e dos alimentos corretamente.

#### Preservação do meio ambiente e alimentação

O lixo despejado a céu aberto atrai micróbios, insetos e roedores, que podem provocar uma série de doenças no homem, contaminar alimentos, animais e meio ambiente.

Quando o lixo é despejado na água (rio, mar, etc), ele contamina os animais e plantas aquáticas. Pior: polui a própria água, podendo contaminar os alimentos e também o homem. É um terrível ciclo vicioso!

