



IPTAN – INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR
“PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES”

ALÍRIO ANTÔNIO ALVES

O DIREITO À SAÚDE NA ORDEM CONSTITUCIONAL

SÃO JOÃO DEL-REI

2012

ALÍRIO ANTÔNIO ALVES

O DIREITO À SAÚDE NA ORDEM CONSTITUCIONAL

Monografia apresentada ao Curso de Direito do IPTAN- Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves, para a obtenção do Título de Bacharel em Direito. Sob a orientação do Prof. Antônio Américo Campos Júnior.

SÃO JOÃO DEL-REI

2012

ALÍRIO ANTÔNIO ALVES

O DIREITO À SAÚDE NA ORDEM CONSTITUCIONAL

Monografia apresentada ao Curso de Direito do IPTAN- Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves para a obtenção do Título de Bacharel em Direito.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Esp. Karina Cordeiro Teixeira

Prof. Esp. Adna Maria Gomes de Castro Bretas

Prof. Esp. Raquel Maria Vieira Braga

DEDICATÓRIA

Dedico, preliminarmente, a Deus por ter me iluminado nos momentos de indecisão e não deixar-me enfraquecer diante das dificuldades concedendo saúde, força e coragem para que pudesse chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e à minha irmã Arlete Alves, *in memoriam*, pelo amor incondicional e dedicação.

Aos Senhores Pedro Chaves, Edson Senna, José Maurílio, João Cruz, *in memoriam*, que, atuando no Conselho Municipal de Saúde, muito contribuíram para garantir os direitos dos usuários do SUS de São João del-Rei.

A todos os professores e orientadores que contribuíram para minha formação acadêmica. Aos colegas e amigos por ter incentivado os momentos de dificuldades.

RESUMO

A saúde humana é princípio que se busca desde os tempos da antiguidade. Quando se descobriu com a famosa frase: “Penso, logo existo”, naturalmente o corpo e a mente para executar todas as tarefas afins, tem de estarem sadios. O processo de acesso à saúde para prevenção e ou tratamento teve várias etapas ao longo da colonização portuguesa até aos tempos de hoje. Sempre, em todas as épocas, o gestor governamental buscou melhorar o sistema público de saúde com ações políticas e financeiras. Com o fim dos governos militares em 1985, o gestor civil iniciou uma reforma no então sistema de saúde pública baseado na previdência social. Com a promulgação da Constituição de 1988, como direito fundamental foram separadas distintamente as áreas que tratam da saúde da previdenciária. Leis de proteção e instrumentos jurídicas, que foram instituídos, garantindo acesso à esse direito. Criou-se o Instituto Nacional da Previdência com o fim de segurar o trabalhador Cadastrado a ter benefícios quando afastado do trabalho por motivo de doença. Em 1990 através da lei federal 8.080 foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS, dispondo seus recursos e manutenção. Sendo seus princípios básicos como universalidade, equidade, gratuidade e integralidade, como garantiam a esse direito fundamental, com a finalidade de alocar recursos para o acesso à saúde de forma gratuita para toda a população. Como não há destinação certa dos recursos para a saúde, o sistema está fragilizado, não cumprindo a Constituição de 1988 que expressa ser do Estado a obrigação de fornecer acesso à saúde sem discriminação. Devido a esta fragilidade, o usuário que tem no SUS a única forma de acesso à saúde, busca cada vez em maior número a Justiça para fazer valer seus direitos Constitucionais para tratamento da saúde, sejam para marcar consultas médicas, medicamentos, cirurgias, internações. Infelizmente, alguns magistrados nas diferentes instâncias, tem se mostrado contrário ao direito Constitucional do cidadão em cobrar do Poder Público o tratamento imediato à saúde, dificultando com burocracias e até deixando de tutelar o direito, com muitos indo a óbito na espera do julgado que na maioria das vezes é muito lento.

Palavras – Chave: Saúde, Direitos Constitucionais, SUS, Poder Público.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
1. DIREITO À SAÚDE NA ORDEM CONSTITUCIONAL.....	10
1.1. A Saúde no Brasil: Breves considerações históricas.....	13
1.2. O Direito à Saúde na Constituição de 1988.....	15
2. SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: SUS.....	22
3. SAÚDE DO TRABALHADOR: trabalho, espaço de lutas de classes.....	31
3.1 Acidentes de trabalho.....	37
3.2 Doenças relacionadas ao trabalho.....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	44
ANEXOS.....	47

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196 a 200, enumera os direitos à saúde e à vida e, tendo como fundamento o Direito que é o princípio norteador da Dignidade Humana, percebe-se que devem ser respeitados como forma de preservação da saúde, dispondo acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção proteção e recuperação.

Sendo inerente a pessoa humana, a saúde como direito fundamental que permitem a cada um ser preservados tais direitos, e uma vez violados faz com que haja a necessidade de se levar ao crivo do Poder Judiciário para que o mesmo faça valer esses direitos.

Sabe-se que os Poderes Legislativos e Executivos cometem omissões em desfavor dos usuários da saúde pública.

O Conselho Nacional de Saúde aprova Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003, que dispõe sobre o controle social do SUS, por intermédio dos Conselhos e das Conferências de Saúde nas três esferas governamentais com a participação da sociedade civil organizada.

Embora existam os mecanismos de controle acima, os usuários por sua vez não exercem as suas funções Constitucionais de fiscalização e cobrança dos seus direitos, em face de que estão descrentes com os Poderes Constituídos.

O (SUS) Sistema Único de Saúde é financiado nos termos do artigo 195 da nossa Constituição Federal de 1988, com recursos dos orçamentos da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Porém, como não há fiscalização sistemática quantos aos recursos, os usuários se deparam com a precariedade do sistema, que na maioria das situações demoram meses e anos para a liberação de consultas médicas, exames e cirurgias sendo que não raro, o usuário necessitado vai a óbito por falta de atendimento.

Ressalta-se ainda a falha no Direito Constitucional expresso na Carta Magna, comprometendo-se com a tutela de acesso à saúde. Mesmo com tantas deficiências, ainda seguem com as inúmeras dificuldades imposta pelo gestor público de saúde.

O direito à saúde na ordem Constitucional de acordo com o tema da monografia, a efetividade da norma Constitucional, refere-se ao direito à saúde, sendo embasada na Lei n.º 8.080/90, que rege os princípios do SUS e ao artigo 196 da CF/88.

A metodologia utilizada são pesquisas bibliográficas, estudos, entrevistas, jurisprudências, Internet e ainda participações em Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de saúde.

Assim, no primeiro capítulo busca-se a trajetória histórica humana, no Estado de Direito Democrático como se vive no Brasil onde foram tomadas medidas apropriadas para a saúde pública e o bem estar social da população.

Já no segundo capítulo, para melhor compreensão e discussão do tema, serão apresentados os direitos fundamentais do Serviço Público de Saúde.

E, por último, o terceiro capítulo tratará da saúde do trabalhador, que hoje sofre com a precariedade do sistema, elencando seus direitos e deveres quando exercendo as suas funções e também a intervenção do Poder Judiciário.

Desta forma, pretende-se no final entender que no Brasil, a questão de acesso à saúde é um problema mais político do que jurídico, envolvendo temas como políticas públicas, orçamentos e a dignidade da vida humana e que carece de ações que realmente garantam os Direitos Constitucionais que alicerçam a sociedade.

1. DIREITO À SAÚDE NA ORDEM CONSTITUCIONAL

Desde a Antiguidade é preocupação do ser humano proteger, de várias formas, a sua saúde. A arte de curar, por muitos anos, ficou entregue a curandeiros, feiticeiros, que se incumbiam da assistência ao doente.

Ao decorrer do longo trajeto da história humana, as maiores dificuldades de saúde que os homens enfrentaram estiveram relacionadas com a natureza da vida comunitária. Por exemplo, o controle das doenças transmissíveis, o controle e a melhoria do ambiente físico do saneamento, o abastecimento de água potável e as previsões alimentícias puras em volume suficiente, a assistência médica, o alívio da incapacidade e do desamparo. A ênfase relativa a um desses problemas variou no tempo, e de sua inter-relação originou-se a saúde pública assim vista nos dias atuais.

No Estado Democrático de Direito, como se vive no Brasil, foram tomadas medidas apropriadas para a saúde e o bem-estar social de sua população. A saúde tornou-se assunto de política nacional, internacional e de Direito, sendo pré-requisito para a obtenção da paz e da segurança.

Historicamente, a fase de Constitucionalização dos direitos fundamentais, inicia-se com as revoluções liberais do século 18 (Americana e Francesa), transformando em normas jurídicas as reivindicações políticas, positivando direitos numa Constituição de Estado (Araújo, 2000, p. 01).

Na Constituição Federal de 1988, artigo 1.º, III dispõe:

A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamento: a dignidade da pessoa humana

Já em seu artigo 6º, a Carta Magna preconiza que:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Segundo os Estatutos da (OMS) Organização Mundial de Saúde, artigo 1º, explicita: "O objetivo da organização será a consecução por parte de todos os

povos do mais elevado nível de saúde." Neste sentido lançaram o programa "Saúde para todos", Alma Ata, 1978, no nível de saúde que permita à pessoa viver de maneira social e economicamente produtiva.

A Constituição do Brasil de 1988, na Seção II Da Saúde, assim dispõe:

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

A partir desse artigo 196, a saúde tornou-se um direito social, trazendo conseqüentemente, a afirmação do Estado de tutelá-la e promovê-la. De modo geral, os direitos que envolvem a vida, liberdade, propriedade e integridade do corpo, também dizem respeito aos direitos naturais do ser humano, como conseqüência direta do direito fundamental a vida.

Nos dias atuais, o conceito de saúde das pessoas deve ser considerado de forma prática e integrado, resultando em harmonia entre as diversas dimensões nas quais se insere a vida de cada um na boa forma física, mental, social e espiritual.

No Brasil, a política de saúde engloba serviços sanitários estatais, municipais, estaduais e federais, fundações públicas e privadas, organizações de prestação de serviço assistencial, entidades filantrópicas sem fins lucrativos, serviços médicos, hospitalares das forças armadas estaduais e federais, empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas, instituições universitárias, sindicatos, serviços próprios do empresariado e outros afins, cujo objetivo principal sempre é a prestação de cuidados com vista da doença e promoção da saúde, às medidas terapêuticas quando a enfermidade se instala. Para isto, na área pública, foi criada uma rede de suporte que, embora precária seja a única opção de acesso à saúde para a maioria da população brasileira.

Através de uma rede de serviços, com ações organizadas de maneira racional, conseguiu-se elaborar um sistema: o (SUS) Sistema Único de Saúde, criado pela lei federal 8.080/90, 8.142/90 contemplando a Constituição brasileira vigente que reúne princípios organizadores e disciplinadores da organização da sociedade, determinando acesso universal, integral e gratuito para toda a população dentre eles o princípio da dignidade da pessoa humana, em seu artigo 1º, e o

princípio da igualdade, expresso no preâmbulo e que proíbe qualquer tipo de discriminação.

Diante desse exemplar se torna as palavras “Reconhecidamente o respeito à pessoa humana é o suporte e o marco jurídico básico que justificam a existência dos demais direitos”. de Amaral (2003, p. 258)

Já o Código Civil de 2002, em seu capítulo II, tutela o direito à proteção da integridade física e moral, além do reconhecimento dos direitos de personalidade. O ordenamento jurídico atual determina a exigência de que cesse a ameaça ou a lesão desses direitos, podendo o prejudicado reclamar de perdas e danos (artigo 12 do Código Civil de 2002).

Infelizmente, estando precário o Sistema de Saúde Pública e negado atendimento administrativo ao cidadão que, seja determinado o acesso universal, integral e gratuito para toda a população necessitada pode e deve recorrer ao Poder Judiciário para fazer valer seu direito Constitucional à saúde, conforme várias jurisprudências, das quais cita-se o julgado do (TJMG) Tribunal de Justiça de Minas Gerais em Setembro de 2010:

EMENTA: Remessa oficial e apelação cível voluntária. Ação civil pública. Ministério Público. Direito individual indisponível. Legitimidade ativa extraordinária caracterizada. Interesse de agir presente. Município. Fornecimento de dieta enteral e fraldas descartáveis. Direito à saúde. Dever constitucional do presente. Sentença confirmada. 1. O Ministério Público tem legitimação ativa extraordinária para defesa de direitos individuais indisponíveis (art. 127 da Constituição da República), dentre eles, o direito à saúde. 2. Todos têm direito à preservação e à recuperação da saúde como consequência lógica do princípio da dignidade humana, previsto no art. 1º, III, da Constituição da República. 3. A necessidade da tutela jurisdicional por não ter o administrado obtido a prestação na via administrativa patenteia a presença do interesse de agir. 4. O direito à saúde tem como contrapartida o dever do Estado em fornecer meios para a sua plena realização. E envolve, inclusive, o fornecimento de alimentação especial e fraldas descartáveis, se houver prescrição médica para tanto e o paciente demonstrar necessidade. 5. Remessa oficial e apelação cível voluntária conhecidas. 6. Sentença que acolheu a pretensão inicial confirmada em reexame necessário, prejudicado o recurso voluntário e rejeitadas duas preliminares.

APELAÇÃO CÍVEL / REEXAME NECESSÁRIO Nº 1.0686.09.241231-7/001 - COMARCA DE TEÓFILO OTÔNIO - REMETENTE: JD 2 V CV COMARCA TEOFILIO OTONI - APELANTE(S): MUNICÍPIO TEOFILIO OTONI - APELADO(A)(S): MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADO MINAS GERAIS - RELATOR: EXMO. SR. DES. CAETANO LEVI LOPES

ACÓRDÃO

Vistos etc., acorda, em Turma, a 2ª CÂMARA CÍVEL do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, sob a Presidência do Desembargador RONEY OLIVEIRA, incorporando neste o relatório de fls., na conformidade da ata dos julgamentos e das notas taquigráficas, à unanimidade de votos, EM REJEITAR PRELIMINARES E CONFIRMAR A SENTENÇA, NO REEXAME NECESSÁRIO, PREJUDICADO O RECURSO VOLUNTÁRIO.

Belo Horizonte, 17 de agosto de 2010.

DES. CAETANO LEVI LOPES - Relator

NOTAS TAQUIGRÁFICAS

O SR. DES. CAETANO LEVI LOPES:

VOTO

Conheço da remessa oficial e do recurso voluntário, porque presentes os requisitos de admissibilidade.

O recorrido, na qualidade de substituto processual de Patrick Remígio Rodrigues, aforou a presente ação civil pública contra o apelante voluntário. Asseverou que o substituído é portador de paralisia cerebral, com sequelas motoras e funcionais limitantes, pneumonia de aspiração repetitiva e, após a última internação hospitalar, passou a ter sua única fonte de alimentação através de sonda nasointestinal. Afirmou que ele necessita de 1.250 ml de Iso Source Soya 1,2 kcal/ml para sua dieta diária, além do uso constante de fraldas descartáveis, mas o pedido respectivo foi negado pelo recorrente voluntário. Entende que a circunstância viola direito fundamental do substituído.

1.1 A saúde no Brasil: breves considerações históricas

A primeira organização a nível nacional de saúde pública no Brasil deu-se em 1808, com a vinda da Família Real. Dom Manoel Vieira da Silva foi nomeado para o cargo de Físico mor do Reino, centralizando toda a autoridade sanitária e ocupando o primeiro cargo de sanitarista no Brasil. As atividades de saúde pública, no século XIX, limitaram-se à delegação de atribuições sanitárias às juntas municipais e às atividades vacinadoras contra a varíola.

A higiene nacional foi aberta pelo sanitarista Oswaldo Cruz, em 1902, pelo combate à febre amarela e pela organização do Instituto da Pesquisa no Rio de Janeiro. Em 1920 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública. O Dr. Fontanelle, em 1919 publicou um artigo sobre a Educação Sanitária Popular que representa um marco no reconhecimento da necessidade de enfermeiras visitadoras ao paciente.

O movimento reorganizador do setor da saúde, após inúmeras Conferências, tornou-se legítimo partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde, através da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, cujos estudos e propostas formaram a base para a criação do (SUS) Sistema Único de Saúde institucionalizado pela Constituição Federal de 1988.

Telma Maria Gonçalves Menicucci, nos mostra os entraves da implementação do SUS:

O processo de implementação do SUS tem sido repleto de ambigüidades, avanços e dificuldades, muitos deles já bastante identificados na literatura setorial. Nas suas condições de operação relacionada principalmente ao financiamento, capacidade de gestão e a definição de fluxo assistencial, (MENICUCCI, 2006, p. 59).

Conforme site do Ministério da Saúde, 2011.

Muito embora a história da Saúde Pública Brasileira tenha início em 1808, o Ministério da Saúde só veio a ser instituído no dia 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura. A partir da sua criação, o Ministério passou a encarregar-se, especificamente, das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS) Departamento Nacional de Saúde, mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria. Outro marco da história da saúde no âmbito ministerial ocorreu em 1963, com a realização da III Conferência Nacional da Saúde (CNS), convocada pelo ministro Wilson Fadul, árduo defensor da tese de municipalização. A Conferência propunha a reordenação dos serviços de assistência médico-sanitária e alinhamentos gerais para determinar uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação visando, sobretudo, a municipalização.

1.2 O Direito à saúde na Constituição de 1988

O art. 5º na Constituição Federal de 1988, no inciso XXXV expressa que a Lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito. No mesmo artigo 5.º, enumera os direitos e garantias fundamentais que tem aplicação imediata, (direito à vida, à liberdade, à manifestação do pensamento, à própria imagem, ao nome e à privacidade, etc.).

Tendo como fundamento superior e norteador do Direito, que é o princípio da dignidade humana, o direito à vida deve ser respeitado como uma forma de preservação da existência saúde humana.

Os direitos de personalidades, como a saúde, são direitos subjetivos, tendo como objeto bens e valores do próprio titular e caracteriza-se pela indisponibilidade.

O principal dos preceitos Constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde, atinentes à saúde com o direito, consiste em reconhecer que o cidadão, por força do direito público subjetivo está legitimado para o exercício das prerrogativas estabelecidas na Legislação, tanto na instância administrativa como na instância judicial, (SANTOS, 2002, p. 331)

Segundo Inês Maria Oliveira, relata como meios de acesso à proteção ao direito à Saúde:

Mandado de Segurança Individual (artigo 5.º, LXIX, CF/88) e coletivo, (artigo 5.º, LXX, CF/88); Mandado de Injunção, (artigo 5.º, LXXI, CF/88); Ação Civil Pública, (Lei 7.347/85); Medida Cautelar Inominada, (artigo 789 do Código de Processo Civil Brasileiro); Tutela Antecipada, (artigo 273 do Código de Processo Civil Brasileiro), (OLIVEIRA, 2001, p.36-52).

Figueiredo (2005, p. 266-267) conceitua.

A assistência à saúde pode ser prestadas por Instituições privadas através de contratos ou convênios com o SUS, preferencialmente filantrópicas.

O artigo 200 da CF/88 trata das atribuições do Sistema único de Saúde, SUS, controlando e fiscalizando serviços e produtos de interesse para a saúde, executando as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador e outros.

A contratação dos serviços privados quando necessário por insuficiência do setor público, será celebrado um contrato conforme normas de direito público, ou seja, o interesse público prevalece sobre o particular.

A CF/88 referenda questões relacionadas a saúde dos trabalhadores em especial o artigo 200 colocando a saúde do trabalhador como uma das atribuições do SUS e as questões relacionadas aos acidentes de trabalho principalmente com a deficiência permanente ou temporária com perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicologia, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal, para o ser humano, ou seja, está limitado para suas atividades laborais.

A lei federal 8.080/90 que criou o (SUS) Sistema Único de Saúde consiste num conjunto de ações entre os Entes Federados.

Assim, diante de informações obtidas nas centrais de saúde compreendem-se algumas das atividades oferecidas pelo SUS:

Teste do pezinho:

Todo recém-nascido tem direito a realizar a triagem neonatal (teste do pezinho) para detectar possíveis doenças. Amparo Legal: Portaria nº 822/GM, de 06 de junho de 2001.

Saúde da mulher:

A mulher que, em decorrência de um câncer, tiver os seios total ou parcialmente retirados tem direito à reconstrução destes por meio de cirurgia plástica. Amparo legal: Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, Artigo 1º e Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, Artigo 10-A.

DST/HIV/AIDS

Os pacientes portadores do HIV e doentes de aids têm direito a receber, gratuitamente do SUS, toda a medicação necessária ao seu tratamento. Amparo Legal: Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, Artigo 1º e Portaria nº 21 SAS/MS, de 21 de março de 1995.

O (SUS) Sistema Único de Saúde realiza tratamento das enfermidades da população, disponibilizando atendimento ainda precário no sistema de acesso, tratamento, cirurgias, medicamentos, internações, transportes, serviços de (TFD) Tratamento Fora de Domicílio, quando inexistente o procedimento no local de residência do paciente.

Recentemente foi disponibilizada uma rede de serviço de pronto atendimento que recebeu o nome de (UPA) Unidade de Pronto Atendimento, sendo que São João del Rei foi agraciada com uma unidade, graças as lutas da

Organização Não Governamental AMMASDELREI, parceira de AMARRIBO BRASIL.

A participação da comunidade é importante e fundamental nas políticas públicas de saúde uma vez que são regulamentadas nas Conferências de abrangências municipais, estadual e nacional, com representação de conselheiros representando 50% de usuários, 25% de prestadores de serviços e 25% de trabalhadores da saúde, para participarem de discussões de sobre as ações inerentes ao bem coletivo da saúde.

É de relevância a seguridade social inserida no contexto da própria saúde da população. Nas políticas públicas para a saúde e qualidade de vida no SUS e na Seguridade Social foram celebradas recentemente o “Pacto pela Saúde” como política de estado e a afirmação da saúde como direito na Seguridade Social para a população.

Desde a 9ª Conferência Nacional de Saúde, agosto/92, o sub financiamento da saúde está sendo questionado no SUS, que origina dificuldades de acesso e a qualidade da rede de serviços, tendo sido abordados por todas as instâncias de controle social, principalmente o Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, Brasil.

Atualmente, existe um vasto acervo de propostas que incluem: 1) a necessidade de cumprimento da legislação sobre o financiamento; 2) mudanças nas relações entre os gestores, profissionais de saúde e os usuários, baseadas no respeito à dignidade de quem cuida e no atendimento oportuno, humanizado, adequado e de qualidade aos usuários; 3) transformações nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários para torná-las participativas, democráticas, compartilhadas e com o controle social; 4) cumprimento dos preceitos legais referentes à descentralização, regionalização e hierarquização das redes dos serviços do SUS; 5) retomada dos princípios da Reforma Sanitária no que diz respeito à saúde como direito de seguridade social e, portanto, como componente indissociável do desenvolvimento social, Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

Essas experiências, conhecimentos e saberes possibilitam avançar nas análises e propostas para a retomada do SUS tal como definido pela Reforma Sanitária Brasileira, em relação às seguintes dimensões:

1. Análise dos impasses para a efetivação do direito à saúde, no âmbito do Sistema de Seguridade Social, tal como definido pela Constituição de 1988 e proposições para a retomada do SUS constitucional.
2. Estudo das bases técnicas, políticas e legais para a efetivação dos princípios do SUS e proposições para ampliar/redefinir as coalizões de forças que os apóiam.
3. Avaliação da implementação do SUS, considerando seus princípios, inclusive no âmbito organizacional, tendo como perspectiva as proposições do Pacto pela Saúde.
4. Construção dos Termos de Compromisso, previstos no Pacto de Gestão, que é parte do Pacto pela Saúde, apreciados e votados nos Conselhos de Saúde;
5. Propostas de mudanças nas relações entre as esferas públicas e privadas na saúde, relacionadas com a compatibilização entre os modelos de atenção e os de gestão e com a adoção dos compromissos com a saúde e bem-estar social por todos os gestores, profissionais de saúde e estabelecimentos de saúde financiados, total ou parcialmente, com recursos públicos.
6. Propostas de adoção de preceitos e instrumentos de efetivação dos compromissos dos gestores com o uso dos recursos e patrimônio públicos.

A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano e Constitucional à Saúde como Princípio para a Garantia de Relações Éticas e Compromissadas com a Efetivação do Direito Humano à Saúde que o controle social na área da saúde é um modelo, para diversas áreas das políticas públicas no Brasil e no exterior, implica o constante aperfeiçoamento dos espaços de participação em todos os níveis do sistema de saúde, e em todas as relações que envolvem a promoção, prevenção e atenção à saúde.

A eleição do Presidente do Conselho Nacional de Saúde por seus integrantes representou um passo importante em direção à conquista de maior autonomia e ampliação das responsabilidades e atribuições dos Conselhos e Conferências de Saúde.

Em 2005, foi feita a atualização do documento "Diretrizes Nacionais para o Processo de Capacitação de Conselheiros de Saúde", elaborado em 1999, que, com um novo olhar, passou a ser denominada Educação Permanente do Controle Social no SUS. Com base nessas diretrizes, o Conselho Nacional de Saúde aprovou em agosto de 2006, a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se que, nessa política, a educação permanente integra um processo de educação em saúde não restrito a cursos, mas focado em oportunidades, nas quais cada cidadão, os diversos segmentos da sociedade e governo, que integram os Conselhos de Saúde, tem direito de conhecer, propor, fiscalizar e contribuir com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

A atuação dos Conselhos de Saúde, Lei n.º 8.142/90, acompanha-se de esforços para trazer à agenda de debates os problemas de saúde que afetam a população e expandir o potencial para operacionalizar as deliberações das instâncias de controle social. Na comemoração dos 20 anos do SUS, o Ministério da Saúde, a Secretaria de Atenção à Saúde por meio do Departamento de Atenção Básica em parceria com a OPAS, realizou, entre os dias 13 e 15 de maio de 2008, em Brasília, o 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. O evento aconteceu dois anos após a publicação da Portaria ministerial nº 971 de 03 de maio de 2006, que assegura o acesso aos usuários do SUS à Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e

Fitoterapia além de constituir observatório de práticas em saúde para o Termalismo e a Medicina Antroposófica.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, PNPIC inseriu o Brasil na vanguarda das práticas integrativas no sistema oficial de saúde no âmbito das Américas. Esta política responde ao desejo da população manifesto nas recomendações de Conferências Nacionais de Saúde desde 1988.

O Seminário contará com a participação de aproximadamente 250 participantes dentre convidados internacionais, representantes de agências internacionais e técnicos de organismos internacionais - representação da OPAS/OMS, autoridades sanitárias, demais ministérios brasileiros envolvidos, associações e sociedades científicas, docentes e pesquisadores das instituições de ensino e pesquisa em saúde, gestores das três esferas de gestão, coordenadores de saúde municipais e estaduais, entidades de classe profissional, Conselho Nacional de Saúde, áreas técnicas do MS, entre outros.

A expectativa é de que o Seminário seja um espaço para o intercâmbio de experiências de modelos instituídos em outros países nos sistemas oficiais de atenção à saúde contribuindo para aprimorar o sistema brasileiro.

A Medicina Tradicional Chinesa que caracteriza-se por um sistema médico integral, originado há milhares de anos na China, utiliza linguagem que retraía simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes.

Tem como fundamento, a teoria do Yin-Yang, que inclui a teoria dos cinco movimentos. Utiliza como elementos do pulso, observação da face e língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, terapias, práticas corporais e mentais) segundo pesquisas, estas modalidades caracterizam-se:

Acupuntura: trata-se de um recurso terapêutico da Medicina Tradicional Chinesa (MTC). Pode ser usada de forma isolada ou integrada com outros recursos terapêuticos. Plantas Medicinais e Fitoterapia como recursos terapêuticos caracterizado pelo "uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas". Destaca que a abordagem incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social.

Planta medicinal: é uma espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos (OMS, 2003). Chama-se planta fresca aquela coletada no momento de uso e planta seca a que foi precedida de secagem, equivalendo à droga vegetal.

Fitoterapia: como terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal.

Termalismo Social/Crenoterapia: tem como abordagem reconhecida de indicação e uso de águas minerais de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde destaca que o Brasil dispõe de recursos naturais e humanos ideais ao seu desenvolvimento no SUS.

Medicina antroposófica: apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Entre os recursos que acompanham a abordagem médica destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da medicina antroposófica. Integrado ao trabalho médico está prevista a atuação de outros profissionais da área da saúde, de acordo com as especificidades de cada categoria.

Cumprе ressaltar que, São João del- Rei é contemplado com o tratamento da medicina antroposófica realizado pelo incansável e humano Doutor Paulo Maurício, inclusive o mesmo participou de seminário em Brasília, apresentado o seu trabalho junto ao Ministério da Saúde. (Núcleo de Referência em Medicina Antroposófica, Revista Brasileira de Saúde da família, publicação do Ministério da Saúde, ano IX, maio de 2008, Ed. Especial, Brasília, DF, Brasil)

2. SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: SUS

O SUS é um sistema único porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema com um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Baseada nos preceitos Constitucionais, a doutrina do SUS norteia-se pelos seguintes princípios:

Universalidade - é a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo.

Equidade_— é o fato de assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, sem privilégios ou barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS, e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer para todos, nas ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos s níveis de complexidade.

Resolubilidade - E a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de saúde com impacto sobre a coletividade, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

Descentralização – É entendida como uma redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, um problema que envolve um município é responsabilidade do governo municipal; que envolve um estado ou uma região estadual está sob a responsabilidade do governo estadual e o que tem repercussão nacional será de responsabilidade governo federal.

(Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990 - Lei que criou o SUS).

Deve haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo, com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde; é o que se chama municipalização da saúde. Aos municípios cabem, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente aos seus munícipes.

A participação dos cidadãos é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das alíneas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve ocorrer nos conselhos de saúde, com representação de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços.

Outra forma de participação da comunidade são as conferências de saúde periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde, conforme lei federal nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Também deve ser considerado elemento do processo participativo o dever das instituições oferecerem informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde.

Já sobre a complementaridade do setor privado, a Constituição de 1988 definiu que, quando for necessária a contratação de serviços privados, por insuficiência do setor público, isso deve ocorrer sob três condições:

1. A celebração de contrato conforme as normas de direito público, ou seja, o interesse público prevalece sobre o particular;
 2. A instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevalecem assim, os princípios da universalidade equidade e integralidade, como se o serviço privado fosse público. De fato, uma vez conveniado e contratado, ele atua em nome deste.
 3. A integração dos serviços privados deverá ocorrer na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços.
- Dessa forma, considerando-se os serviços públicos e os privados contratados, em cada região deverá estar claramente estabelecido quem vai fazer o quê, em que nível e em que lugar. (Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990).

Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, na seqüência, completar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos conceitos de regionalização a hierarquização e universalização.

Torna-se fundamental o estabelecimento de normas e procedimentos a serem cumpridos pelos conveniados e contratados, os quais devem constar em anexo, dos convênios e contratos para se evitar prejuízos administrativos.

O (SUS) Sistema Único de Saúde foi criado pela lei federal 8.080/90.

Está no Parlamento, já aprovada, faltando regulamentar Emenda à Constituição de 1988, que recebeu o número 29, a qual versa definitivamente sobre a origem do financiamento do (SUS) Sistema Único de Saúde colocando fim as especulações eleitoreiras e de fato tornando digno o atendimento à população que tem como único meio de acesso à saúde, justamente o sistema público de saúde.

Esta Emenda Constitucional depois de regulamentada trará maiores condições para o novo ciclo de expansão do (SUS) Sistema Único de Saúde ao alocar recursos para consolidação, permitindo assim, que as autoridades sanitárias ao fazerem planejamento de gastos com pessoal, investimento e programas, o que até ao presente momento é impossível, com isto dificultando o acesso dos usuários.

Dificuldades impostas aos pacientes que necessitam de serem transportados para outras regiões do País, devido que o Município de origem é desprovido dos recursos para pleno atendimento.

Com estas deslocções, além de desgastar os pacientes, cria entraves administrativos. A Emenda 29 pode ser regulamentada neste ano de 2011.

A dignidade da pessoa humana, hoje é reconhecida como direito natural inerente a todo ser humano, que, logo ao nascer, é seu titular legítimo.

A dignidade humana existe, não apenas onde é reconhecida pelo direito e na medida em que este a reconhece, por se constituir dado prévio, preexistente e anterior a toda experiência especulativa (CARVALHO, 2006, p. 464).

A maioria dos doutrinadores, Kant, como referencial para as discussões acerca da dignidade humana, associa sua essência à noção de ser humano como um ser considerado a partir de sua própria finalidade: “É, sobretudo na noção do homem como um fim em si mesmo que reside o cerne da dignidade humana tal como vista por Kant” (ALVES, 2002, p. 222).

Afinal, é a partir da vida que a pessoa existe no mundo. Conforme Francisco Amaral (2006, p. 259), a vida ocupa posição capital no sistema dos direitos de personalidade, sendo “bem jurídico fundamental uma vez que se constitui na origem e suporte dos demais direitos. Sua extinção põe fim à condição de ser humano e todas as manifestações jurídicas que se apóiam nessa condição”.

Nessa perspectiva, caberia pensar um conjunto articulado de políticas sociais e econômicas voltadas para a redução de riscos, além da implantação de um Sistema Único de Saúde no qual as ações e serviços públicos de saúde integrariam uma rede regionalizada e hierarquizada.

Presentemente, pode-se afirmar que em muito se avançou através da política de municipalização das ações e serviços de saúde, bem como em relação à participação da comunidade, mediante os conselhos e conferências de saúde pública.

Entretanto, a diretriz da integralidade da atenção não obteve o mesmo empenho político-institucional. Na última década, talvez mereça alguma menção o esforço acadêmico de refletir sobre modelos de atenção e de experimentar algumas propostas de ação privilegiando o ato de cuidar e intervenções sanitárias potencialmente mais integrais e efetivas. Desse modo, o objetivo do presente texto é sistematizar certas iniciativas voltadas para a mudança das formas de intervenção sobre a situação de saúde no Brasil, particularmente no que se refere às ações de promoção e de proteção da saúde.

Os estudos sobre tecnologias e organização social das práticas de saúde forneceram, inicialmente, elementos teóricos para repensar as ações programáticas em saúde no âmbito dos serviços e estabelecimentos, embora não tenham privilegiado uma articulação com as medidas de promoção e proteção da saúde, (Schraiber, 1990).

No início da década de noventa, ao se discutir a epidemiologia na organização dos serviços (Schraiber, 1993) e a reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (Paim & Teixeira, 1993) tornou-se possível conceber um diagrama que permite orientar tal articulação mediante uma proposta de ação denominada de vigilância da saúde

Segundo Leavell & Clark (1976), ao se considerar a possibilidade de intervenções voltadas para o controle de danos, de riscos e de causas (determinantes sócio-ambientais e necessidades sociais), pensava-se na perspectiva de incorporar a promoção e a proteção da saúde ao conjunto articulado de medidas adotadas pelo SUS. Assim, as ações programáticas de saúde e a oferta organizada em estabelecimentos de saúde poderiam se articular com as ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica e da assistência médico-hospitalar.

Do mesmo modo, tais ações setoriais seriam capazes de se integrarem à intervenção social organizada e às políticas públicas transitórias que configuram o espaço da promoção da saúde. Este esquema, tendo como referência o campo da Saúde Coletiva, ainda seria capaz de dialogar com os cinco níveis de prevenção concebidos para o âmbito individual.

Com base nesse diagrama verifica-se que a Vigilância Sanitária corresponde a um conjunto de ações voltadas para o controle de riscos, sendo que a perspectiva permite situá-la mais próxima ao espaço da proteção da saúde e o esquema sugere, também, uma proximidade em relação às políticas públicas transitoriais, relacionadas com o espaço da promoção da saúde.

Ainda que a Vigilância Sanitária encontre-se circunscrita aos riscos e ao seu controle, ou seja, proteção da saúde, as propostas recentes de intervenção sobre os determinantes sócio-ambientais e as necessidades sociais tendem a aproximá-la do âmbito da promoção da saúde. Nesse particular, suas ações de defesa da saúde, bem como sua possível articulação com as políticas públicas.

Do mesmo modo, se as políticas econômicas, sociais e ambientais podem ser formuladas na perspectiva da proteção da saúde, isto é na redução ou na eliminação de riscos, políticas públicas voltadas para a qualidade de vida, a paz e a cidadania tenderiam a contribuir para a promoção da saúde na sua concepção mais recente, desde a Conferência de Otawa em 1986 (Buss, 2000).

Desse modo, torna-se compreensível certos movimentos da vigilância sanitária no Brasil na tentativa de ampliar o seu espaço de atuação desde maiores proteções para a promoção da saúde exigindo, conseqüentemente, uma revisão do pensamento sobre modelos assistenciais.

Diretrizes de atenção a saúde e modelos assistenciais na maioria das situações têm sido definidos genericamente como combinações de tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde. Existem, certamente, outras definições e concepções para esses termos (Paim, 1999), mas não cabe aqui uma discussão exclusivamente acadêmica. Trata-se de repensar as práticas convencionalmente denominadas de vigilância sanitária no sentido da proteção e da promoção da saúde.

Alguns modelos alternativos vêm sendo desenvolvidos no Brasil como a oferta organizada ou programada, vigilância da saúde, as ações programáticas de saúde, (PSF) Saúde da Família. (Paim, 1999).

Ainda assim, merecem ser debatidas, as seguintes questões: quais alterações seriam necessárias nos modelos de atenção ou de intervenção para melhor identificar e superar as iniquidades, bem como responder às necessidades sociais em saúde.

Pode-se assegurar a integralidade da atenção às prioritárias em saúde mediante ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras com qualidade, efetividade, e equidade para a promoção em saúde e controle efetivo, enquanto a formulação de políticas públicas é capaz de gerar qualidade de vida.

As ações de vigilância sanitária ao conjunto das intervenções do sistema de saúde, para proteger a qualidade de vida das pessoas e garantir a qualidade dos produtos, serviços e ambientes, fundamentais para o cuidado à saúde e como garantir que as necessidades sociais definam os parâmetros operacionais do modelo assistencial, que por sua vez orientem as opções do modelo de gestão.

Interessa discutir como combinar, da forma mais adequada possível os meios técnico-científicos existentes para promover a saúde, entendida como qualidade de vida, e resolver problemas de saúde individuais e/ou coletivos (proteger, recuperar e reabilitar a saúde das pessoas e das coletividades).

Diante de interpelações jurídicas em busca da garantia e ampliação dos direitos sociais, garantida na Constituição Federal e na legislação infraconstitucional, os tribunais tem acatado as alegações por parte do Poder Executivo de falta de recursos financeiros para implantação das políticas sociais: aplicando dessa forma o princípio da Reserva do Possível, nos litígios dessa natureza. A Reserva do Possível (Volbehalt des Moglichen) para traduzir a idéia de que os direitos sociais só existem quando existir dinheiro nos cofres públicos. Um direito social sob (Reserva dos cofres cheios) equivalem na prática, a nenhuma vinculação jurídica razoável e possível do Estado em sede de direito social que se reconduz a garantia do mínimo social, resulta já do dever indeclinável dos poderes públicos de garantir a dignidade da pessoa humana e não de qualquer densificação jurídico Constitucional de direitos sociais, (CANOTILHO, 1992, p. 477).

Tem sido reconhecido que o modelo médico hegemônico, centrado no atendimento de doentes (demanda espontânea ou induzida pela oferta) apresenta sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em determinadas situações. Já o modelo sanitarista (campanhas sanitárias, programas especiais, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, voltado para o atendimento de necessidades, tem enfrentado dificuldades para a promoção e proteção da saúde, bem como na prestação de uma atenção com qualidade, efetividade e equidade.

Visando subsidiar os debates da Conferência Nacional de Saúde foi elaborado estudo problematizando os limites dos modelos de atenção à saúde vigentes no Brasil e as possibilidades de expansão e fortalecimento de experiências alternativas em busca da concretização dos princípios e diretrizes do SUS.

Admite que eles apresentem certa inércia, na medida em que se institucionalizam em políticas e práticas sociais que reproduzem interesses econômicos e políticos de grupos profissionais, empresas, corporações e elites políticas, por vezes distanciados dos interesses e necessidades da maioria da população empobrecida do Brasil.

A intervenção do Poder Judiciário, como garantidor do cumprimento dos preceitos fundamentais previstos na Constituição do Brasil de 1988, como no estudo do direito à saúde. O grande número de ações judiciais neste intuito tem sido chamado de “Judicialização da Saúde”. Frente à omissão do Estado Executivo, a prestação de atendimento médico, hospitalar, farmacêuticos e laboratoriais, o usuário busca desse direito, recorrendo ao Judiciário, para a obtenção dessa garantia Constitucional.

Conforme relata Luiz Roberto Barroso, (2011, p. 6), quando o Judiciário participa na concretização dos valores e fins Constitucionais, ainda que essa interferência tenha conseqüências na esfera de competência de outros Poderes. A esse respeito temos a postura de se manifestar por diferentes condutas dentre as quais: aplicação direta da Constituição do Brasil de 1988 às situações não expressamente contempladas em seu texto e independentemente de manifestação do legislador ordinário.

A prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde, para além dos muros das unidades de saúde, isto é, nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência dos serviços, ou seja, a prioridade se desloca do eixo "recuperar a saúde de indivíduos doentes", para "prevenir riscos e agravos" e "promover a saúde das pessoas e dos grupos populacionais", implicando conhecer os problemas de saúde e seus determinantes.

Implica em organizar a atenção à saúde de modo a incluir não apenas as ações e serviços que incidem sobre os efeitos dos problemas (doenças, incapacidade e morte), mas, sobretudo as ações e serviços que incidem sobre as "causas" (condições de vida, trabalho e lazer), ou seja, no modo de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais."

Ações programáticas de saúde: utilização da programação como "instrumento de redefinição do processo de trabalho em saúde, tomando como ponto de partida a identificação das necessidades sociais de saúde da população que demanda os serviços das unidades básicas.

A Saúde da Família incluem ações territoriais que extrapolam os muros das unidades de saúde, enfatizando atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, com ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários.

Acolhimento em estabelecimento de vínculo entre profissionais e pacientes, implica nas mudanças da "porta de entrada" da população aos serviços com introdução de mudanças na recepção do usuário, no agendamento das consultas, exames, cirurgias e outros na programação da prestação dos serviços de modo a incluir atividades derivadas nas necessidades sociais de saúde e humanização da população. (Merhy, 1994; Cecílio, 1994).

Vigilância da Saúde inclui o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, a implantação de ações de vigilância nutricional dirigidas a grupos de risco, a vigilância na área de saúde do trabalhador, levando em conta os ambientes de trabalho e os riscos ocupacionais, a vigilância ambiental em áreas específicas de risco epidemiológico, sem perder de vista a necessidade de reorientação das ações de prevenção de riscos e de recuperação da saúde, isto é, a própria assistência médico-ambulatorial, laboratorial e hospitalar. (Mendes, 1993, 1994; Teixeira, 1994; Vilasboas, 1998).

População saudável implica numa visão ampliada da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações comunitárias no planeamento e execução de ações intersectoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde.

3. SAÚDE DO TRABALHADOR: TRABALHO, ESPAÇO DE LUTAS DE CLASSES

Chamam-se classes os vastos grupos de homens que se distinguem pelo lugar que ocupam num sistema historicamente definido de produção social, pela sua relação (geralmente fixada e consagrada em leis) com os meios de produção e conseqüentemente pelos modos de obtenção e pela importância da parte da riqueza social de que dispõem. As classes são grupos de homens entre os quais um pode se apropriar do trabalho de outro, em conseqüência do lugar diferenciado que aquele ocupa em uma estrutura determinada da economia social.

Desde as épocas mais remotas, o homem, com seu espírito curioso e aventureiro, tratou de manipular a natureza, tirando dela alimento e vestuário. O homem, como todos os outros animais, é capaz de transformar a natureza para seu próprio bem-estar, mas é o único ser vivo que consegue formular a idéia antes de sua concretização, não seguindo, portanto, uma programação da espécie.

Com sua inventividade, buscou construir ferramentas que servissem como extensão de seu corpo. Quando se apropriava da natureza e a transformava, pela utilização de utensílios ou ferramentas, o homem estava produzindo um trabalho, (KATZ: 1995).

Estamos diante, portanto, do conceito que, segundo MARX, (1983, p. 149), coloca o trabalho como um "processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza".

DUTRA (1997, p. 295) assinala a "valorização do trabalho como condição humana e como formador do homem, ainda como elemento de coesão entre os homens, sobretudo como elemento mediador da relação entre homem e sociedade e entre homem e natureza, valorizada como atividade produtiva e como fonte de riqueza, abundância e progresso". O trabalho, por ser uma condição humana, não é tão somente exterior ao homem, ele é o exterior que está dentro do trabalhador.

Esse trabalho, fonte de tantos sentimentos contraditórios, também pode significar opressão e escravidão. Por isso, temos de entender melhor quais são

as forças que emergem dele ou para ele e que o afastaram de seu conteúdo inicial (SELIGMANN-SILVA, 1990).

LIMA (1988), estudando as pesquisas sobre o significado do trabalho, aponta a existência de duas correntes: a primeira considera que o trabalho para o homem moderno é apenas como um contrato comercial, onde o trabalhador vende sua força de trabalho em troca de um resultado econômico, não importando a finalidade ou a quem se destina. A outra crê que o trabalho representa o cumprimento do dever e a busca da realização, tendo, desta forma, um significado intrínseco, deixando de ser um meio, para ser um fim em si mesmo.

Com as mudanças nas relações trabalhistas, percebe-se que o senso de dever e toda a carga valorativa atribuída ao trabalho se modificaram, ao mesmo tempo em que o trabalho foi perdendo seu conteúdo e se empobrecendo, tornando-se, na maioria das vezes, mecânico e rotineiro. Por conseguinte, a busca de satisfação foi sendo substituída pelo comércio da força de trabalho.

Quando o homem transforma o galho de uma árvore numa ferramenta de caça, através do atrito de sua ponta em uma pedra, há neste ato a inserção de energia humana. Na transformação da matéria-prima (galho) em produto final (ferramenta), que sofre a ação de energia humana ou animal ou produzida artificialmente, ocorre o processo que MARX (1983: 150) chamou de "meio de trabalho - coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho e que lhe serve como condutor de sua atividade sobre esse objeto". Desta forma, o "meio de trabalho" é a junção da força de trabalho humano, a energia empregada para este trabalho e os instrumentos utilizados para otimizar a força de trabalho humano.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Art. 200 - Ao Sistema Único de Saúde, compete, além de outras atribuições, nos termos da lei - II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Atribuições e a organização Do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE, do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS, do Ministério da Saúde / Sistema Único de Saúde - MS/SUS e do Ministério do Meio Ambiente - MMA. Ressalte-se que cada um desses setores tem suas especificidades, que se

complementam, principalmente, quando da atuação no campo da Vigilância da Saúde.

Recentemente, têm sido desenvolvidos esforços no sentido de articular e racionalizar a atuação destes distintos setores. Tais normas, quando do advento da Constituição, já existiam e estão inseridas nos artigos 154 e s. da Consolidação das Leis do Trabalho, com redação dada pela Lei 6.514/77. Há ainda regulamentando essas normas legais as Portarias nº3.214/78 e 3.067/88, emitidas com fulcro no art. 155, I, da CLT, que aprovaram as Normas Regulamentadoras das ações e serviços em matéria de saúde, higiene e segurança no trabalho urbano e rural - são as NRs e NRRs.

Outros dispositivos desta convenção estabelecem a obrigatoriedade de adoção de uma política nacional em matéria de segurança e saúde dos trabalhadores e do meio ambiente de trabalho, com o objetivo de prevenir os acidentes e os danos a saúdes decorrentes do exercício do trabalho, reduzindo ao mínimo possível as causas dos riscos inerentes ao meio-ambiente de trabalho. Estabelece que as ações que devem ser empreendidas a nível nacional, exemplo,. a inclusão das questões de segurança, higiene e meio ambiente de trabalho em todos os níveis de ensino e treinamento, e a nível de empresa e.g. exigir dos empregadores todas as medidas necessárias para garantir o local de trabalho higiênico e seguro, bem como a segurança na operação do maquinário e equipamentos que estiverem sob seu controle, entre outras medidas.

Portanto, o direito fundamental e social à redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança, previsto no inciso XXII do art. 7º da Carta Magna, já está devidamente integrado e regulamentado nas normas supracitadas, e, assim, em plena condição de aplicabilidade imediata.

A plena aplicabilidade dessas normas aos trabalhadores regidos pela relação jurídica de emprego estabelecida na CLT é questão pacífica na doutrina. O nosso direito positivo autoriza que tais normas também possam ser aplicáveis e exigíveis a outras relações jurídicas de trabalho.

É importante registrar, também, que o MTE, o MPAS e o MS/SUS contam com Conselhos Nacionais, que se constituem em importantes órgãos de deliberação e de controle social. Em relação ao Conselho Nacional de Saúde, existe a Comissão Interinstitucional de Saúde do Trabalhador - CIST, câmara técnica

específica, cujo papel é assessorar o Conselho nas questões relativas à saúde dos trabalhadores.

A organização de câmaras técnicas nos moldes da CIST/CNS, ao nível de conselhos estaduais e municipais de Saúde, deve ser estimulada visando garantir, entre outras questões, o controle social.

A função do (MTE) Ministério do Trabalho e Emprego - O MTE tem o papel, entre outros, de realizar a inspeção e a fiscalização das condições e dos ambientes de trabalho em todo o território nacional.

Para dar cumprimento a essa atribuição, apóia fundamentalmente no Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que trata das condições de Segurança e Medicina do Trabalho. O referido capítulo foi regulamentado pela Portaria n.º 3.214/78, que criou as chamadas Normas Regulamentadoras (NRs) e, em 1988, as Normas Regulamentadoras Rurais (NRRs). Essas normas, atualmente em número de 34, em anexo.

Porém, todas elas são muito importantes, podendo-se mencionar algumas que são de suma importância, não desfazendo das demais na área do trabalho, tais quais, NR 03 embargo ou interdição, NR 04 – serviço especializado em engenharia de segurança e medicina do trabalho, NR 05 – comissão interna de prevenção de acidente, NR 06 – equipamentos de proteção individuais e coletivos, NR 07 – programas de controle médico de saúde ocupacional, NR 09 - vêm sendo continuamente atualizadas, e constituem-se nas mais importantes ferramentas de trabalho desse ministério, no sentido de vistoriar e fiscalizar as condições e ambientes de trabalho, visando garantir a saúde e a segurança dos trabalhadores.

Nos estados da Federação, o Ministério do Trabalho e Emprego é representado pelas Delegacias Regionais do Trabalho e Emprego DRTE, que possuem um setor responsável pela operacionalização da fiscalização dos ambientes de trabalho, no nível regional. No que diz respeito aos demais trabalhadores: autônomos, avulsos, servidores públicos civis e trabalhadores organizados em cooperativas, as convenções internacionais supracitadas expressamente determina que esses também sejam contemplados e protegidos. No entanto, a situação desses trabalhadores em relação à efetiva proteção da sua saúde e segurança no trabalho ainda se encontra em área cinzenta do nosso direito.

A função do (MPAS) Ministério da Previdência e Assistência Social apesar das inúmeras mudanças em curso na Previdência Social, o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS ainda é o responsável pela perícia médica, reabilitação profissional e pagamento de benefícios.

Deve-se destacar que só os trabalhadores assalariados, com carteira de trabalho assinada, inseridos no chamado mercado formal de trabalho, terão direito ao conjunto de benefícios acidentários garantidos pelo MPAS/INSS, o que corresponde, atualmente, a cerca de 22 milhões de trabalhadores. Portanto, os trabalhadores autônomos, mesmo contribuintes do INSS, não têm os mesmos direitos quando comparados com os assalariados celetistas.

Ao sofrer um acidente ou uma doença do trabalho, que gere incapacidade para a realização das atividades laborativas, o trabalhador celetista, conseqüentemente segurado do INSS, deverá ser afastado de suas funções, ficando "coberto" pela instituição durante todo o período necessário ao seu tratamento.

Porém, só deverá ser encaminhado à Perícia Médica do INSS quando o problema de saúde apresentada necessitar de um afastamento do trabalho por período superior a 15 (quinze dias). O pagamento dos primeiros 15 dias de afastamento é de responsabilidade do empregador.

Para o INSS, o instrumento de notificação de acidente ou doença relacionada ao trabalho é a (CAT) Comunicação de Acidente do Trabalho que deverá ser emitida pela empresa até o primeiro dia útil seguinte ao do acidente. Em caso de morte, a comunicação deve ser feita imediata em caso de doença, considera-se o diagnóstico como sendo o dia inicial do evento.

A CAT deve ser sempre emitida, indiferentemente da gravidade do acidente.

A função do (MS/SUS) Ministério da Saúde/Sistema Único de Saúde no Brasil, n o Sistema Público de Saúde atendendo os trabalhadores ao longo de sua existência. Porém, uma prática diferenciadora, que considere os impactos do trabalho sobre o processo saúde/doença, surgido no decorrer dos anos 80, passando para o (SUS) Sistema Único de Saúde quando da Constituição Brasileira de 1988.

A Lei (LOS) Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/90), que regulamentou o SUS e suas competências no campo da Saúde do Trabalhador, considerou o trabalho como importante fator determinante/condicionante da saúde.

O artigo 6º da LOS determina que as realizações das ações de saúde do trabalhador sigam os princípios gerais do SUS e recomenda, especificamente, a assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional ou do trabalho; a realização de estudos, pesquisa, avaliação e controle dos riscos e agravos existentes no processo de trabalho; a informação ao trabalhador, sindicatos e empresas sobre riscos de acidentes bem como resultados de fiscalizações, avaliações ambientais, exames admissionais, periódicos e demissionais, respeitada a ética.

Nesse mesmo artigo, a Saúde do Trabalhador encontra-se definida como um conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

No seu conjunto (serviços básicos, rede de referência secundária, terciária e os serviços contratados/conveniados), a rede assistencial, se organizada para a Saúde do Trabalhador, a exemplo do que já acontece com outras modalidades assistenciais como a Saúde da Criança, da Mulher, etc., por meio da capacitação de recursos humanos e da definição das atribuições das diversas instâncias prestadoras de serviços, poderá reverter sua histórica omissão neste campo.

Os últimos anos foram férteis na produção de experiências - centros de referências; programas municipais, programas em hospitais universitários e ações sindicais - em diversos pontos do país, e em encontros de profissionais e trabalhadores ou técnicos para a produção das normas necessárias à operacionalização das ações de saúde do trabalhador pela rede de serviços em ambulatórios e/ou vigilância.

A função do (MMA) Ministério do Meio Ambiente Com base na Constituição Federal e suas legislações complementares, o papel do governo na área ambiental passou a ter no Brasil sustentação legal revigorada e condizente com as necessidades de uso racional dos recursos naturais do planeta.

O MMA, nesse contexto, exerce um papel de fundamental importância, dado a proporção continental de nosso país, sua enorme variedade climática, seu gigantesco patrimônio ambiental e a maior diversidade biológica conhecida.

Em virtude de a degradação ambiental estar fortemente ligada a diversos fatores de ordem econômico-social, como à ocupação urbana desordenada e, principalmente, aos modos poluidores dos processos produtivos, a área ambiental, para o cumprimento de sua missão institucional, além de estabelecer articulações com setores da sociedade civil organizada, necessariamente deve trabalhar em sintonia permanente com setores de governo, em especial da saúde, educação e trabalho.

Exemplo concreto de ação articulada entre essas áreas e o setor de meio-ambiente é a questão relacionada ao uso de agrotóxicos, em que estão implicadas a saúde dos trabalhadores, a educação da população local, as relações de trabalho e a própria saúde do consumidor dos alimentos produzidos, além da contaminação ambiental cumulativa dos produtos.

Inúmeros outros exemplos poderiam ser citados, em que se observa a produção, distribuição, consumo, saúde e meio ambiente, caracterizando situações de desafio no sentido de se traçar diretrizes públicas conjuntas.

Embora seja cada vez maior a compreensão de que várias situações de riscos ambientais originam-se dos processos de trabalho, não existe ainda uma ação mais articulada entre a saúde e o meio ambiente.

Por atuarem diretamente no nível local de saúde, em um território definido, as estratégias de Saúde da Família e de agentes Comunitários de Saúde têm grande potencial, no sentido da construção de uma prática de saúde dos trabalhadores integrada à questão ambiental.

Para tanto, é importante que a partir de determinado problema - por exemplo, intoxicação por agrotóxicos, presença de garimpo na região, etc., se articule a intervenção, envolvendo, entre outros setores, as secretarias municipais de Saúde e as de Meio Ambiente.

3.1 Acidentes de trabalho

O termo "acidentes de trabalho" refere-se a todos os acidentes que ocorrem no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa, podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal como informal de trabalho. São também considerados como acidentes de trabalho aqueles que, embora não tenham sido causa únicas, contribuíram diretamente para a ocorrência do agravo. São eventos agudos, podendo ocasionar morte ou lesão, a qual poderá levar à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho.

Arranjo físico inadequado do espaço de trabalho, falta de proteção em máquinas perigosas, ferramentas defeituosas, possibilidade de incêndio e explosão, esforço físico intenso, levantamento manual de peso, posturas e posições inadequadas, pressão da chefia por produtividade, ritmo acelerado na realização das tarefas, repetitividade de movimento, extensa jornada de trabalho com frequente realização de hora-extra, pausas inexistentes, trabalho noturno ou em turnos, presença de animais peçonhentos e presença de substâncias tóxicas nos ambientes de trabalho estão entre os fatos mais frequentemente envolvidos na gênese dos acidentes de trabalho.

Os principais acidentes que ocorrem com os profissionais da saúde nas unidades básicas são de trajeto, com material perfuro cortante contaminado e alergias às substâncias químicas utilizadas na desinfecção.

Acidentes fatais - devem gerar notificação e investigação imediata. Em se tratando de acidente ocorrido com trabalhadores do mercado formal, acompanhar a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) pela empresa, que deverá fazê-la até 24 horas após a ocorrência do evento.

Acidentes graves - acidentes com trabalhadores independentemente da gravidade, acidente ocular; fratura aberta ou exposta, traumatismo crânio-encefálico, nervos e medula espinhal, asfixia traumática ou estrangulamento, traumatismo; afogamento, tórax/abdome/bacia, com lesão, menção de lesão visceral ou de tendão, amputação traumática, esmagamento, queimadura de III grau, intoxicações agudas.

As divulgações de acidentes do trabalho no Brasil, apontam o setor da construção civil como um dos maiores, em face da baixa escolaridade dos empregados e a desorganização da infra-estrutural, segurança precária, bem como a pouca fiscalização.

De acordo com publicação do Jornal Ideal Março / 2011, SINDMETAL - Rua Dr. António de Freitas Carvalho, Matosinhos, Fone/Fax (32) 3371-5975, São João del Rei - Trabalhador Sindicalizado é Trabalhador Respeitado.

ACIDENTES DO TRABALHO EM SÃO JOÃO DEL REI PREOCUPA DIRETORIA DO SINDMETAL

Caros companheiros (as), o ano de 2010 em São João del- Rei ficou marcado por um numero muito grande de acidentes do trabalho. Ocorreram em nosso setor metalúrgico 46 acidentes do trabalho, o que representa o equivalente a 3,8 acidentes/mês, sendo que além destes ocorreram 03 óbitos, também considerados acidentes do trabalho, isto é, com CAT registrada no Sindicato. Acreditamos que este número pode ter sido bem maior, já que algumas empresas não emitem a CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho). Estes índices, para nós da diretoria do SINDMETAL, são alarmantes, tendo em vista que vários trabalhadores sofreram queimaduras e outros perderam membros. Em uma avaliação criteriosa do Departamento de Saúde do Trabalhador do Sindmetal, constatamos que vários acidentes poderiam ter sido evitados com a adoção do EPC (Equipamento de Proteção Coletivo). Outro fator, que do nosso ponto de vista faz com que os trabalhadores tenham se acidentado tanto, é o despreparo dos cargos de confiança em lidar com os funcionários, e a pressão para que as metas de produção sejam atingidas a qualquer custo, colocando a saúde e a integridade física dos trabalhadores em último lugar. O Sindmetal informa aos trabalhadores que estará tomando várias medidas como, por exemplo: solicitar audiência pública na Câmara de Vereadores de São João Dei Rei e fazer denuncia contra as empresas; Oficializar o Ministério do Trabalho e o Ministério Público do Trabalho, denunciar estas empresas à Previdência Social e serão agendadas várias reuniões com as empresas.

Companheiros e companheiras, a vida do trabalhador em primeiro lugar!

Ano N° Acidentes

2007 08

2008 13

2009 10

2010 46

Total 77

Obs.: No quadro acima não estão computados os três óbitos no ano de 2010.

3.2 Doenças relacionadas ao trabalho

As doenças do trabalho referem-se a um conjunto de danos ou agravos que incidem sobre a saúde dos trabalhadores, causados, desencadeados ou agravados por fatores de risco presentes nos locais de trabalho. Manifestam-se de forma lenta, insidiosa, podendo levar anos, às vezes até mais de 20, para manifestarem o que, na prática, tem demonstrado ser um fator de dificuldade no estabelecimento da relação entre uma doença sob investigação e o trabalho. Também são consideradas as doenças provenientes de contaminação acidental no exercício do trabalho e as doenças endêmicas quando contraídas por exposição ou contato direto, determinado pela natureza do trabalho realizado.

Tradicionalmente, os riscos presentes nos locais de trabalho são classificados em: Agentes físicos - ruído, vibração, calor, frio, luminosidade, ventilação, umidade, pressões anormais, radiação etc.; Agentes químicos - substâncias químicas tóxicas, presentes nos ambientes de trabalho nas formas de gases, fumo, névoa, neblina e/ou poeira e Agentes biológicos - bactérias, fungos, parasitas, vírus, etc.

Organização do trabalho - divisão do trabalho, pressão da chefia por produtividade ou disciplina, ritmo acelerado, repetitividade de movimento, jornadas de trabalho extensas, trabalho noturno ou em turnos, organização do espaço físico, esforço físico intenso, levantamento manual de peso, posturas e posições inadequadas, entre outros.

É importante destacar que no processo de investigação de determinada doença e sua possível relação com o trabalho, os fatores de risco presentes nos locais de trabalho não devem ser compreendidos de forma isolada. Ao contrário, é necessário apreender a forma como eles acontecem na dinâmica global e cotidiana do processo de trabalho.

Nesse sentido, o resumo a seguir trata das doenças do trabalho consideradas pela Área Técnica de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde, como prioridades para notificação e investigação epidemiológica, visando à intervenção sobre a situação provocadora do evento. Ressalte-se que cada estado ou município tem autonomia para a inclusão de outras doenças, em função de suas específicas necessidades regionais e locais.

Será distribuído para os serviços de saúde o documento "Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde".

As doenças das vias aéreas estão diretamente relacionadas com materiais inalados nos ambientes de trabalho. Dependem das propriedades físico-químicas desses agentes, da susceptibilidade individual e do local de deposição de partículas no nariz, traqueia, brônquios ou parênquima pulmonar.

O chumbo é um dos metais mais presentes na Terra, podendo ser encontrado, praticamente, em qualquer ambiente ou sistema biológico, inclusive no homem. As principais fontes de contaminação ocupacional e/ou ambiental são as atividades de mineração e indústria, especialmente fundição e refino.

A doença causada pelo chumbo é chamada de saturnismo. A exposição ocupacional ao chumbo inorgânico provoca, em sua grande maioria, intoxicação em longo prazo, podendo ser de variada intensidade.

A contaminação do organismo pelo chumbo depende das propriedades físico-químicas do composto, da concentração no ambiente do tempo de exposição, das condições de trabalho (ventilação, umidade, esforço físico, presença de vapores, etc.) e dos fatores individuais do trabalhador (idade, condições físicas, hábitos).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No ordenamento jurídico, tendo como fundamento maior o princípio da dignidade humana, a pessoa é reconhecida como portadora de direitos e, portanto merecedora de respeito, de forma que toda a proteção jurídica deve ser-lhe assegurada.

A proteção aos direitos encontra-se prevista na Carta Magna que estabelece no artigo 5º alguns direitos constitucionais: direito à vida, à liberdade, à igualdade e da honra.

O Código de Processo Civil vigente destina o capítulo 5.º com fins sociais e bens comuns, a proteção da integridade física e moral, além de conceder a qualquer prejudicado, diante da ameaça ou lesão desses direitos, reclamarem perdas e danos.

Além desse amparo Jurídico existe uma farta legislação ordinária que amplia e busca a concretização desses direitos.

Além da previsão legal expressa, todo o aparato jurídico busca efetivar os princípios constitucionais, ampliando gradativamente esses direitos e aplicando-os no caso concreto.

Inseridos na categoria dos direitos todos os seres humanos tem desde o início de sua vida. A função desses direitos é proteger a integridade física, o direito à vida, da identidade. Eles são oponíveis e geram obrigações para toda a coletividade, que tem o dever de respeitá-los.

Diante das situações diferenciadas é que se avalia a necessidade de intervenção do Estado, em até que ponto a norma positiva pode limitar o livre arbítrio ou a autodeterminação pessoal, quando prevalece o interesse coletivo sobre o interesse individual, de acordo com o artigo 196 à 200 da CF/88.

A liberdade pode ser exercida, sim, mas quando permitida pelo ordenamento jurídico e quando busca a efetivação do maior dos princípios constitucionais.

Percebe-se que a problemática do ponto de vista geral é mais política.

O Estado é conhecedor de todas as leis, mas deixam os usuários do SUS totalmente desprotegidos, tendo os mesmos que buscar o Poder Judiciário para obter a garantia de seus direitos Constitucionais.

A participação da sociedade é muito importante para o controle social SUS.

Aos governantes e gestores, caso não priorizem a demanda da saúde, deverão ser responsabilizados civil e criminalmente pelo fato de não aplicarem todos os recursos, ferindo dessa forma o princípio da dignidade humana.

O princípio da dignidade da pessoa humana, com a presença do *writ* aplicado pelo Poder judiciário de forma mais eficaz em favor dos direitos fundamentais expresso na nossa Constituição de 1988.

REFERÊNCIAS

AMARRIBO BRASIL, Disponível em: <http://www.amarribo.org.br/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=170>, acesso em: 06 nov. 2011.

ABRASCO, Vol. 9, 2004, *Ciências e Saúde Coletiva*.

ALMEIDA, Filho, N. 1997 *Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva*. IN: Ciências & Saúde Coletiva, II ½.

ARAÚJO, 2000, p. 01.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, *O que Você Precisa Saber Sobre Sistema Único de Saúde*, Vol. I, 2005.

BARCELLOS, Ana Paula de A. *Eficácia jurídica dos princípios constitucionais*. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BIGOLIN, Giovani. *A reserva do possível como limite à eficácia e efetividade dos direitos sociais*. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.gov.br/artigos/constitucional/giovani_bigolin>, acesso em: 23 de jul. 2010.

BARROSO, Luiz Roberto. *Judicialização e legitimidade*, 2011.

CANOTILHO, Joaquim José Gomes. *Constituição Dirigente e Vinculação do Legislador*. 2. Ed., Coimbra: Editora Coimbra, 1992.

CARVALHO, Santos, 2002, p. 331.

CRISTO. Alexandre. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2010-fev-13/entrevista-peter-haberle-constitucionalista-alemao>>, acesso em 06/11/2011.

CURY, Ieda Tatiana. *Direito fundamental à saúde: evolução, normatividade e efetividade*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.

FARIA, José Eduardo (org). *Direitos Humanos, direitos sociais e justiça*. São Paulo: MALHEIROS, 2005.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ, Saúde do Trabalhador, Mestrado em Saúde Pública, Clara Teixeira da Silva, 2000.

FUNDAMENTO DA SAÚDE, SENAC Nacional, 2007, 3ª ed.

LIMA, Ricardo Seibel de Freitas: *Direito a saúde e critérios de aplicação*. Juris Sintese, n. 54, julho/agosto. 2010.

MANUAL DE LEGISLAÇÃO EM SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA, Ministério da Saúde, 2003.

MELLO, Celso. *Reserva do Possível aos Direitos Fundamentais*. São Paulo, 2004.

MENDES, 2006, p. 46.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Política de Saúde no Brasil – Entraves para Universalização e Igualdade*. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n.º 87, ano 26, especial, 2006.

NÉBIA, Maria Almeida de Figueiredo. *Ensinando a Cuidar da Saúde Pública*, 1ª Ed. 2005.

Núcleo de Referência em Medicina Antroposófica, Revista Brasileira de Saúde da família, publicação do Ministério da Saúde, ano IX, maio de 2008, Ed. Especial, Brasília, DF, Brasil

OLIVEIRA, 2001, p. 36-52.

Jornal Ideal Março / 2011, SINDMETAL - Rua Dr. Antônio de Freitas Carvalho, Matosinhos, Fone/Fax(32) 3371-5975 Email: smdmetal@mgconecta.com.br, São João del Rei - Trabalhador Sindicalizado é Trabalhador Respeitado.

TORRES, Ricardo Lobo, 1995, p. 126.

URBANO, Luzia A. Saúde Planejamento/ Sistema Único de Saúde (Brasil) I . Título – Ribeirão Preto: Funpec: editora, 2003.

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1146>, acesso em 06-05-2011.

<<http://www.nepp-dh.ufrj.br/oms2.html>>, acesso em 06-05-2011.

<http://www.tjmg.jus.br/juridico/jt_/inteiro_teor.jsp?tipoTribunal=1&comrCodigo=686&ano=9&txt_processo=241231&complemento=1>, acesso em 06-05-2011.

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>, acesso em 06-05-2011.

<http://www.mte.gov.br/seg_sau/leg_normas_regulamentadoras.asp>, acesso em 06-05-2011.

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/roteiro_13.pdf, acesso em 06-05-2011.

http://www.google.com.br/#hl=pt-BR&sclient=psy-ab&q=A+Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Pr%C3%A1ticas+Integrativas+e+Complementares%2C+PNPIC+inseriu+o+Brasil+na+vanguarda+das+pr%C3%A1ticas+integrativas+no+sistema+oficial+de+sa%C3%BAde+no+%C3%A2mbito+das+Am%C3%A9ricas.+&oq=A+Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Pr%C3%A1ticas+Integrativas+e+Complementares%2C+PNPIC+inseriu+o+Brasil+na+vanguarda+das+pr%C3%A1ticas+integrativas+no+sistema+oficial+de+sa%C3%BAde+no+%C3%A2mbito+das+Am%C3%A9ricas.+&gs_l=serp.12...3948.29164.0.30531.136.41.0.0.0.21.606.7117.2-17j3j0j3.23.0...0.13...1c.1.12.psy-ab.R9Os9L2C1Aw&pbx=1&bav=on.2,or.r_qf.&fp=c59934b9776f2f93&biw=1280&bih=652, acesso em 06-05-2011.

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPIC.pdf>, acesso em 06-05-2011.

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000100019&script=sci_arttext&tIng=pt, acesso em 06-05-2011.

<http://www.fop.unicamp.br/saudecoletiva/files/ABCdoSUS.pdf>, acesso em 06-05-2011.

ANEXO

- Norma Regulamentadora Nº 01 - Disposições Gerais;
- Norma Regulamentadora Nº 02 - Inspeção Prévia;
- Norma Regulamentadora Nº 03 - Embargo ou Interdição;
- Norma Regulamentadora Nº 04 - Serviços Especializados em Eng. de Segurança e em Medicina do Trabalho;
- Norma Regulamentadora Nº 05 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
- Norma Regulamentadora Nº 06 - Equipamentos de Proteção Individual – EPI;
- Norma Regulamentadora Nº 07 - Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional;
- Norma Regulamentadora Nº 08 – Edificações;
- Norma Regulamentadora Nº 09 - Programas de Prevenção de Riscos Ambientais;
- Norma Regulamentadora Nº 10 - Segurança em Instalações e Serviços em Eletricidade;
- Norma Regulamentadora Nº 11- Transporte, Movimentação, Armazenagem e Manuseio de Materiais;
- Norma Regulamentadora Nº 11 Anexo I - Regulamento Técnico de Procedimentos para Movimentação, Armazenagem e Manuseio de Chapas de Mármore, Granito e outras Rochas;
- Norma Regulamentadora Nº 12 - Novo - Segurança no Trabalho em Máquinas e Equipamentos;
- Norma Regulamentadora Nº 13 - Caldeiras e Vasos de Pressão;
- Norma Regulamentadora Nº 14- Fornos;
- Norma Regulamentadora Nº 15 - Atividades e Operações Insalubres;
- Norma Regulamentadora Nº 16- Atividades e Operações Perigosas;
- Norma Regulamentadora Nº 17 – Ergonomia;
- Norma Regulamentadora Nº 18 - Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção;
- Norma Regulamentadora Nº 19 – Explosivos;
- Norma Regulamentadora Nº 19 Anexo I - Segurança e Saúde na Indústria de Fogos de Artífício e outros Artefatos Pirotécnicos;
- Norma Regulamentadora Nº 20 - Líquidos Combustíveis e Inflamáveis;

Norma Regulamentadora Nº 21 - Trabalho a Céu Aberto;

Norma Regulamentadora Nº 22 - Segurança e Saúde Ocupacional na Mineração;

Norma Regulamentadora Nº 23 - Proteção Contra Incêndios;

Norma Regulamentadora Nº 24 - Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho;

Norma Regulamentadora Nº 25 - Resíduos Industriais;

Norma Regulamentadora Nº 26 - Sinalização de Segurança;

Norma Regulamentadora Nº 27 - Revogada pela Portaria GM n.º 262, 29/05/2008;

Registro Profissional do Técnico de Segurança do Trabalho no MTB;

Norma Regulamentadora Nº 28 - Fiscalização e Penalidades;

Norma Regulamentadora Nº 29 - Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho Portuário;

Norma Regulamentadora Nº 30 - Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho Aquaviário;

Norma Regulamentadora Nº 30 - Anexo I - Pesca Comercial e Industrial;

Norma Regulamentadora Nº 30 - Anexo II - Plataformas e Instalações de Apoio;

Norma Regulamentadora Nº 31 - Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho na Agricultura, Pecuária Silvicultura, Exploração Florestal e Agricultura;

Norma Regulamentadora Nº 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde;

Norma Regulamentadora Nº 33 - Segurança e Saúde no Trabalho em Espaços Confinados;

Norma Regulamentadora Nº 34 - Novo - Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção e Reparação Naval.