



ALMANAK_Abril.07/ 08-2016

**Registro de leituras Não Alinhadas : Democracia –
Economia – Cultura**



GRATO PELA LEITURA E COLABORAÇÕES – **P.Timm - Editor**

Postado diariamente em www.paulotimm.com.br

Índice

Vida que segue no Dia-a-dia, com saúde e poesia.

Aos berros: Benedito Tadeu – Dr. A.Márcio pg.03>10

Meu Brasil: O perigo das “House Parties – pg. 10-14

Intérpretes do Brasil: Inácio Rangel – pg. 15

Máximas e Mínimas: Voltaire e a Política pg. 15

Imagens Revolucionárias: pg.15

Navegar é preciso: O Dia Mundial da Saúde pg.16 >20

Livre Pensar: O Dia Mundial da Saúde, P.Timm pg.21>29

Nervo Exposto: A questão da saúde – Diversos pg.29-55

ARS GRATIA ARS

Cinema – O Divã e a Tela – Programação 2016 APPOA pg.

Video: A SOCIEDADE DOS ARTEFATOS pg. 56

Livros e Teatro : O Sobrado – POA – pg. 56-60

Entrevistas: Mundo Sem Antibióticos, em Breve , John Conly Conly

Boletins e Blogs Recomendados - Final

**Uma publicação Confraria COCRETIM-
Torres – POA – S.Maria**

Notícias: EL PAÍS Brasil <http://brasil.elpais.com/>

**Artigos diversos - <http://indicedeartigosetc.blogspot.com.br/>
<http://www1.folha.uol.com.br/colunistas/>**

<http://www.afolhatorres.com.br/upload/jornal.pdf>

GATOS PINGADOS AOS BERROS



Benedito Tadeu Cesar = COMITÊ DEFESA DA DEMOCRACIA

Prezados,

Só agora conseguimos terminar a digitação dos dados dos presentes no Ato de Lançamento do Manifesto em Defesa da Democracia e do Estado Democrático de Direito, no Salão de Atos 2 da UFRGS, dia 04 de abril de 2016.

Naquele Ato, constituímos nosso Comitê em Defesa da Democracia e, em cumprimento ao deliberado naquela oportunidade, encaminho abaixo a Carta de Princípios do Comitê, que foi aprovada por aclamação.

Pedimos que aqueles que desejem integrar o Comitê respondam este email declarando sua adesão.

Durante o Ato, foi constituído um Grupo Executivo provisório do Comitê constituído por mim, Benedito Tadeu César (Professor de Ciência Política, aposentado, UFRGS), Maria da Graça Pinto Bulhões (Professora de Sociologia, aposentada, UFRGS), Céli Pinto (Professora do PPG História, UFRGS), Felipe Comunello (UFRGS - Litoral Norte), Paulo Vargas Groff (Presidente da Associação de Docentes da UERGS), Agemir Bavaresco (PPG Filosofia PUCRS), Rodrigo de Azevedo (Professor de Sociologia, PPG Ciências Sociais, PUCRS).

Entendo que o Grupo Executivo deve ser formado também por integrantes de

diferentes instituições e áreas de atuação profissional incluídas no nosso Manifesto. Com este objetivo, estou entrando em contato com as pessoas que iniciaram a coleta de assinaturas nesses espaços para que integrem a Comissão.

A constituição deste Grupo Executivo permitirá a organização de novas atividades. As propostas de encaminhamentos e novas atividades do Comitê, tão logo definidas pelo Grupo Executivo, serão encaminhadas a todos os que aderirem ao Comitê.

Cordialmente – Benedito Tadeu Cesar

Comitê de Profissionais Gaúchos em Defesa da Democracia e do Estado Democrático de Direito

No Manifesto em Defesa da Democracia e do Estado Democrático de Direito, expressamos nossa preocupação com o grave e iminente risco de ruptura institucional no Brasil, que coloca em cheque o funcionamento das instituições e o respeito à própria Constituição, e reafirmamos nossa defesa intransigente da democracia.

Por considerarmos que:

- a) a) este risco continua;***
- b) b) quando for superado, será preciso consolidar a democracia no país e encaminhar as importantes mudanças necessárias para o enfrentamento da crise econômica e a retomada do desenvolvimento com inclusão social e a defesa da soberania nacional;***
- c) c) o encaminhamento dessas mudanças só poderá ser realizado com o apoio de um amplo bloco de forças sociais e políticas com elas comprometidas;***

decidimos criar um comitê que se constitua em espaço propositivo e regular de informação, reflexão, debates e manifestações.

Esse comitê está organizado em torno dos seguintes princípios:

- 1) 1) constituir-se em espaço de debates plural, suprapartidário, buscando a participação de pessoas com diferentes visões ideológicas e políticas, reunidas para defender a democracia e as grandes mudanças sociais acima indicadas no item b);***
- 2) 2) constituir-se como uma estrutura horizontal, voltada para a reunião e mobilização de pessoas interessadas no conhecimento mais***

aprofundado da conjuntura política e na defesa de grandes bandeiras sociais, sem o estabelecimento de estruturas burocráticas e a vinculação a organizações preexistentes;

3) 3) contar, para a organização de painéis, debates e manifestações, com um grupo executivo, que se comunicará com os demais através de meios eletrônicos e organizará esses eventos a partir das indicações do coletivo.

Nesse sentido, o comitê pretende realizar encontros mensais com atividade previamente organizada e divulgada.

Neste momento de crise não apenas institucional, mas também de formas tradicionais de organização, acreditamos que a participação do maior número possível de pessoas em atividades voltadas para a consolidação da democracia no país depende de nossa capacidade de nos unirmos por nossas semelhanças e sabermos discordar e debater nossas diferenças de forma respeitosa, em torno de práticas realmente participativas e democráticas que fortaleçam o debate público e o espírito de solidariedade.

Reunidos na luta pela democracia, reafirmamos nossos princípios de tolerância, de direito à liberdade de expressão das diferenças e de acatamento às decisões de maioria.

Porto Alegre, 04 de Abril de 2016 – Salão de Atos da Reitoria da UFRGS.

Afinal...O que é “Equidade” em Saúde Pública??

Fonte: <http://jus.com.br/revista/texto/19205>

Publicado em 05/2011 Acesso 2 de abril de 2013 at 19:19

Posted by [Dr Allan Marcio](#)

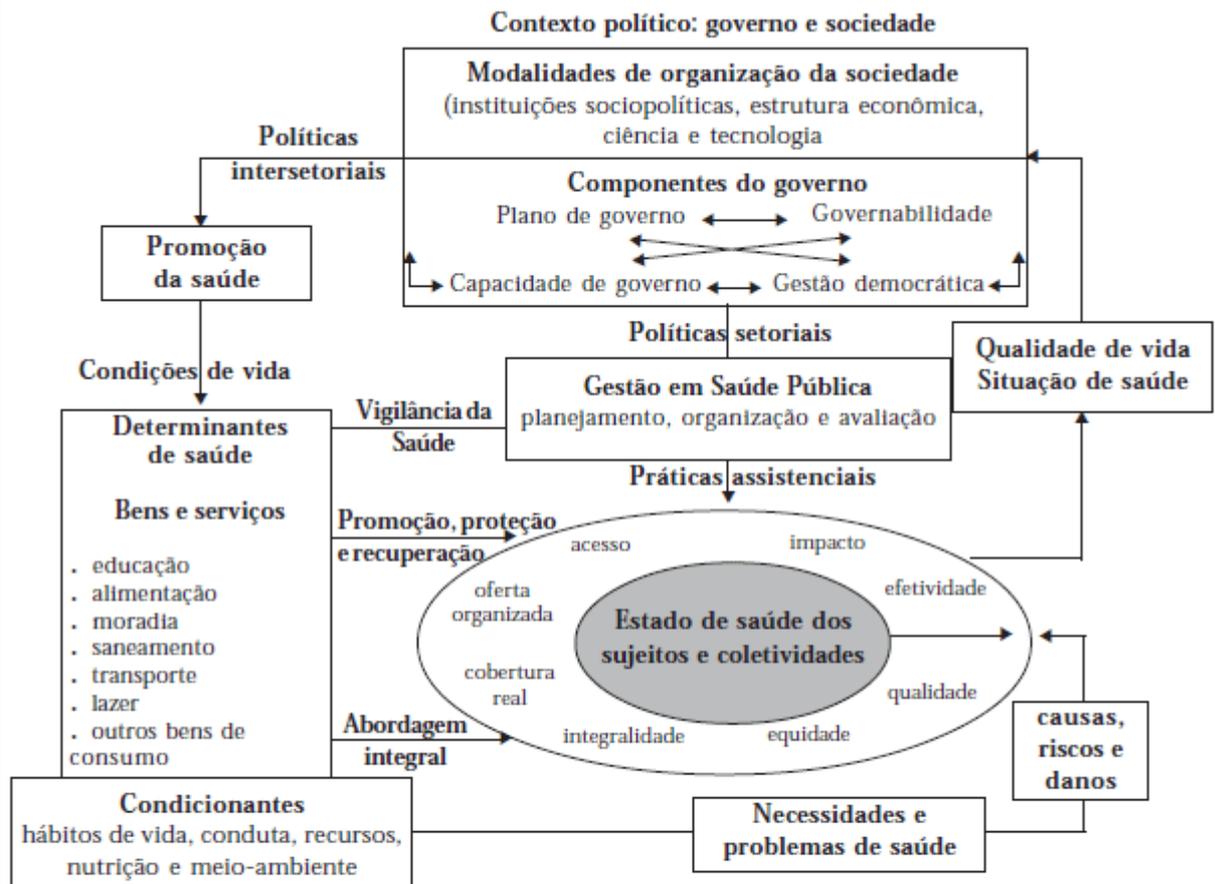


Figura 2. Modelo teórico dos diferentes níveis organizacionais das políticas e práticas de saúde sob uma lógica hierarquizada e regionalizada.

Adaptação: Vieira-da-Silva²¹.

O termo equidade é de uso relativamente recente no vocabulário da Reforma Sanitária brasileira. Foi incorporado posteriormente à promulgação da Constituição de 1988 que se refere ao direito de todos e dever do Estado em assegurar o “acesso universal e igualitário às ações e serviços” de saúde. Na lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências, é “a igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” que figura entre os princípios reitores do Sistema Único de Saúde (SUS). Nem nessa lei, nem na 8.142/90 equidade em saúde é referida.

O conceito de equidade em saúde foi formulado por Margaret Whitehead incorporando o parâmetro de justiça à distribuição igualitária. “Iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social” (Whitehead, 1992). Kawachi, Subramanian e Almeida Filho, em seu *Glossário das Desigualdades em Saúde* (2002), consideram ser difícil operacionalizar os atributos “evitável” e “desnecessário”, restringindo à injustiça o critério que distingue desigualdades de iniquidades.

A definição de Whitehead é caudatária da teoria da justiça de John Rawls, considerada por Amartya Sen (2001) “a teoria da justiça mais influente – e acredito que a mais importante – apresentada neste século, a da ‘justiça como equidade’”. Rawls apresentou, em 1982, uma reelaboração dos dois princípios propostos, em 1971, na edição em inglês de “Teoria da Justiça”:

1. Cada pessoa tem igual direito a um esquema plenamente adequado de liberdades básicas iguais que seja compatível com um esquema similar de liberdades para todos.

2. As desigualdades sociais e econômicas devem satisfazer duas condições. Em primeiro lugar, devem estar associadas a cargos e posições abertos a todos sob condições de igualdade eqüitativa de oportunidades; e, em segundo, devem ser para o maior benefício dos membros da sociedade que têm menos vantagens (Rawls, *apud* Sen, 2001).

No segundo princípio de Rawls eqüidade aparece como adjetivo; qualifica a igualdade de oportunidades, confere uma carga valorativa. É, pois, a partir do conceito de igualdade, mas dele distinguindo-se por incorporar juízos de valor, que foi construída a definição de eqüidade.

No Dicionário de Política (1991), Oppenheim distingue três significados de igualdade tomando por base o âmbito de exercício do conceito. No caso das características pessoais, de qualquer ordem (cor do cabelo ou dos olhos, por exemplo), é um conceito descritivo, de comprovação empírica, não depende de escalas de valores. Quando se refere às normas de distribuição significa que duas pessoas quaisquer são tratadas iguais *em relação* a uma determinada regra e também *em virtude* desta regra. E, como propriedade das regras de distribuição quer dizer o caráter igualitário da própria regra. Nesse último significado, que associa igualdade à justiça, surge a definição de eqüidade.

Uma segunda distinção pode ser feita em relação ao momento do processo de distribuição. Igualdade pode qualificar a quantidade de benefícios ou penalidades que serão distribuídos ou pode indicar os resultados finais da repartição.

Regras de igualdade proporcional distribuem partes diferentes a pessoas diferentes, na proporção da diferença. O elemento central das regras pode estar no mérito (“a cada um segundo o próprio merecimento”), ou em diferenças relevantes para a regra em questão, como por exemplo, a desigualdade de riqueza e o pagamento de impostos. Nesse caso, as regras não são igualitárias já que a carga de impostos é diferente entre as pessoas, entretanto, são regras justas porque a tributação está relacionada com a capacidade de pagamento de cada um, e os mais ricos pagam mais impostos. Regras de igualdade proporcional envolvem conceitos de valor; são objetos de avaliação subjetiva e não de verificação objetiva, como assinala Oppenheim (1991).

Do ponto de vista dos resultados das regras de distribuição, estas seriam igualitárias quando nivelam ou reduzem as diferenças. Portanto, só podem ser classificadas como igualitárias em relação a uma distribuição anterior.

Turner (1986) indica que a igualdade pode ser avaliada em quatro dimensões:

- Ontológica – inerente aos seres humanos, constituinte de princípios religiosos e de correntes filosóficas;
- Oportunidades – princípio das doutrinas liberais que consideram que dado um mesmo patamar de direitos, o acesso a posições sociais resulta da competição entre os indivíduos que as conquistarão conforme seus méritos;
- Condições – estabelecimento de um mesmo nível de partida, isto é, nivelamento da satisfação de um mínimo de necessidades básicas substancialmente idênticas em todos;
- Resultados – envolve mudanças nas regras de distribuição para transformação das desigualdades de início em igualdade de conclusão.

O princípio de eqüidade surge no período contemporâneo associado aos direitos das minorias e introduz a diferença no espaço público da cidadania, espaço por excelência da igualdade. O reconhecimento da diferença entra em conflito com o pensamento jurídico clássico que percebe

a cidadania como sendo comum e indiferenciada. Entretanto, dada a diversidade das sociedades modernas,

“a noção de igualdade só se completa se compartilhada à noção de equidade. Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime” (Sposati, 1999, p.128).

Dessa forma, a idéia de equidade foi incorporada e até mesmo substituiu o conceito de igualdade. Igualdade significaria a distribuição homogênea, a cada pessoa uma mesma quantidade de bens ou serviços. Equidade, por sua vez, levaria em consideração que as pessoas são diferentes, têm necessidades diversas. Uma distribuição eqüitativa responde ao segundo elemento do princípio marxista “de cada um segundo suas capacidades, a cada um segundo suas necessidades” (Marx, 1875, s/d). Sendo assim, o princípio de equidade estabelece um parâmetro de distribuição heterogênea.

“Se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades” (Ministério da Saúde, 2000).

Lígia Vieira Silva e Naomar Almeida Filho elaboraram uma “análise de série significativa – distinção, diferença, desigualdade, iniquidade – no sentido de uma teoria social da saúde”. Nessa teoria “diferença remete ao individual, diversidade à espécie, desigualdade à justiça e distinção ao simbólico. Iniquidade adquire sentido no campo político como produto dos conflitos relacionados com a repartição da riqueza na sociedade” (2000, p. 4-11). Dessa forma, corrobora-se a aceção de que há um limite das desigualdades a partir do qual passam a ser consideradas como iniquidades, ou seja, “perversas, malévolas, extremamente injustas” (Buarque de Holanda, s/d).

Igualdade e desigualdade são conceitos mensuráveis que se referem a quantidades passíveis de serem medidas. Por sua vez, equidade e iniquidade são conceitos políticos que expressam um compromisso moral com a justiça social (Kawachi et al, 2002).

A partir do momento em que definições ou instrumentos de justiça são acionados para estabelecer o conceito de equidade fica patente que não há como fugir de juízos de valor. É preciso então perguntar “equidade em relação a quê?”, para compreender o seu significado. O julgamento e a medida das desigualdades dependem integralmente da escolha da variável em torno da qual a comparação é feita (Sen, 2000). Se valores são intrínsecos às decisões eles devem ser explicitados, coletivamente assumidos e permanentemente avaliados e revistos, seja porque os critérios selecionados não se revelaram os mais adequados, seja porque depois dos critérios aplicados as situações sofreram modificações e exigem novos critérios e escolhas. Há, portanto, que pensar a equidade em saúde como um processo, permanente, em transformação, que vai mudando seu escopo e abrangência na medida em que certos resultados são alcançados.

Equidade pode ser analisada como vertical e como horizontal. Equidade vertical é entendida como desigualdade entre desiguais, ou seja, uma regra de distribuição desigual para indivíduos que estão em situações diferenciadas. A noção de equidade vertical é geralmente empregada em relação ao financiamento. Por exemplo, a progressividade no financiamento, isto é, a contribuição inversamente proporcional ao rendimento das pessoas representa uma situação de equidade vertical (Travassos & Castro, 2008).

Equidade horizontal, por sua vez, corresponde à igualdade entre iguais, ou seja, uma regra de distribuição igualitária entre pessoas que estão em igualdade de condições. A equidade no acesso e utilização de serviços de saúde é abordada em relação à equidade horizontal e tem sido operacionalizada como “igualdade de utilização de serviços de saúde entre os grupos sociais

para necessidades de saúde iguais”. Pode-se dizer que as normas que regem o SUS incorporam a definição de eqüidade horizontal, ou seja, acesso, utilização e tratamento igual para necessidades iguais (Travassos & Castro, 2008).

Em geral, o princípio de eqüidade tem sido operacionalizado em duas principais dimensões: condições de saúde e acesso e utilização dos serviços de saúde.

No âmbito das condições de saúde é analisada a distribuição dos riscos de adoecer e morrer em grupos populacionais. Embora variações biológicas (sexo, idade) determinem diferenças de morbidade e mortalidade, a maior parte das condições de saúde é socialmente determinada e não decorre de variações naturais, ou de livres escolhas pessoais por estilos de vida mais ou menos saudáveis. Os pobres, grupo social e economicamente vulnerável, pagam o maior tributo em termos de saúde acumulando a carga de maior freqüência de distribuição de doenças, sejam estas de origem infecciosa, sejam crônico-degenerativas, ou ainda as originadas de causas externas. Para alguns autores, essa é a dimensão mais importante da eqüidade em saúde (Evans et al, 2002) e à sua mensuração dedicam-se estudiosos e instituições (Carr-Hill & Chalmers-Dixon, 2005).

Em relação à esfera do acesso e utilização dos serviços de saúde verificam-se as diferentes possibilidades de consumir serviços de saúde dos diversos graus de complexidade por indivíduos com necessidades iguais de saúde.

“As condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existentes na sociedade. Já as desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a sua distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde. Modificações nas características do sistema de saúde alteram diretamente as desigualdades sociais no acesso e no uso, mas não são capazes de mudar por si só as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais” (Travassos & Castro, 2008).

Outros âmbitos de operacionalização e de análise da eqüidade são relativos ao princípio orientador das reformas dos sistemas de saúde e à institucionalidade do sistema de saúde. No primeiro caso verifica-se em que medida a eqüidade é o princípio que prepondera na definição das políticas de saúde e nos seus desdobramentos em programas e ações. Também pode ser observado se eqüidade prevalece sobre, e é complementada pela orientação de eficiência, ou se é a ela subordinado posto que, neste caso, a ordem dos fatores, em geral, altera o produto. Ainda nesse âmbito sobressaem dois aspectos: a predominância de políticas universais ou, ao contrário, de políticas residuais e seletivas, focalizadas; e, a distribuição de recursos financeiros que interferem diretamente na promoção da eqüidade entre grupos sociais e regiões geográficas.

Em relação à institucionalidade do sistema de saúde outros dois tópicos de grande impacto na implementação das políticas de saúde podem ser analisados no que se refere a um padrão mais ou menos eqüitativo: o processo de descentralização real de poder e autonomia para o nível local de regulação do sistema de saúde e sua conseqüente responsabilização pelas condições de saúde e assistência aos munícipes; e, o processo decisório analisando a presença ou ausência de uma efetiva e representativa participação social.

A operacionalização das categorias referentes às quatro dimensões assinaladas esbarra em dificuldades relacionadas com os sistemas de informação e, também, em modelos que organizem as informações em estruturas lógicas de conhecimento. Por exemplo, o estudo *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento* (Viana et al., 2001) adotou seis dimensões de análise. O âmbito das condições de saúde foi desdobrado em

situação de saúde e condições de vida. A esfera do acesso e utilização dos serviços de saúde foi desmembrada em oferta ([recursos humanos](#) e capacidade instalada), acesso e utilização de serviços, e qualidade de atenção. A sexta dimensão adotada no estudo diz respeito ao financiamento (despesas federal e familiar).

Quaisquer que sejam as dimensões adotadas, a análise das iniquidades em saúde deve apoiar-se na posição social da pessoa (que agrupa muitos dos fatores de risco individuais como idade, sexo, hábitos alimentares, tabagismo e consumo de álcool, peso e pressão arterial) e nas características do contexto social mais amplo (local de residência urbano ou rural, situação ocupacional, políticas econômicas e sociais mais amplas). “Todo marco [de conhecimento] deve captar a idéia de que as vias finais fisiológicas que conduzem às más condições de saúde individuais estão inextricavelmente ligadas às condições sociais” (Diderichsen et al, 2002).

Tendo em vista essa concepção da determinação social da saúde, os autores apresentam um modelo constituído por quatro mecanismos que desempenham um papel na geração das iniquidades em saúde e, ao mesmo tempo, constituem pontos de partida de políticas para reduzir a falta de equidade em saúde: estratificação social; exposição diferencial; vulnerabilidade (ou susceptibilidade) diferencial; e conseqüências sociais diferenciais das más condições de saúde.

“A formulação de uma resposta política forte e adequada às iniquidades de saúde obriga a agir numa ampla variedade de campos: em primeiro lugar, devem ser estabelecidos os valores; a seguir, há que se descrever e analisar as causas; depois, devem ser erradicadas as causas profundas das iniquidades; e, por último, devem-se reduzir as conseqüências negativas das más condições de saúde” (Whitehead et al, 2002).

Políticas equitativas constituem um meio para se alcançar a igualdade. Numa perspectiva relativamente utópica podemos pensar que ações desse tipo integrariam uma fase intermediária, transitória, visando a atingir a igualdade de condições, de oportunidades sociopolíticas. Ou seja, fazendo uma distribuição desigual para pessoas e grupos sociais desiguais (mais para quem tem menos) atingiríamos (hipoteticamente) uma situação de igualdade, em que todos teriam acesso às mesmas coisas, fossem elas bens e serviços ou oportunidades. Mas, uma vez atingido esse patamar de igualdade de condições as políticas equitativas ainda seriam necessárias, pois não se pode prescindir dos critérios de justiça. E, sobretudo no campo da saúde, em que as necessidades são sempre diferentes, em que cada caso é um caso, a igualdade de condições parece algo impossível (e indesejável) de ser atingido e políticas equitativas serão sempre imprescindíveis.

Fonte: [Dicionário Profissional em Saúde](#)

MEU BRASIL BRASILEIRO: GRANDEZAS E MISÉRIAS

Da Casa Grande à Senzala



MAPA É TUDO - 19 de julho de 2014

Estados brasileiros nomeados como países de área similar

O perigo das “House Parties - Cuidado com seus filhos adolescentes

Por Renato Vargens - <http://renatovargens.blogspot.com.br/2015/05/o-perigo-das-house-partys-cuidado-com.html?m=1>

sexta-feira, maio 29, 2015



Cena de uma House Party's nos EUA

Você tem filhos entre 12 e 18 anos? Você sabe o que é uma House Parties? Não?

Pois é House Parties ou simplesmente HP é como os adolescentes chamam as festinhas na casa de amigos muito comum nos EUA (vejam foto ao lado) e também no Brasil.

Ora, todo e pai e mãe geralmente recebem por parte dos seus filhos pedidos para que estes os liberem para uma "happy hour" entre adolescentes na casa de um amiguinho qualquer.

Os pais naturalmente permitem a ida de seus filhos a estes ajuntamentos sociais, confiados que os responsáveis pelo adolescente anfitrião estarão presentes no evento. O problema é que na maioria dos casos, os adolescentes organizam tais festas longe de seus pais, proporcionando com isso problemas seríssimos.

Para exemplificar o que eu estou dizendo, vejam os relatos abaixo que originalmente foram publicados num blog de São Paulo, blog este indicado pela minha amiga Norma Braga. (Texto original [aqui](#)).

"Eles chamam apenas de HP.



A escravidão do Alcool

Vou em uma HP na casa do Flávio, vou em uma HP no prédio da Maria, não importa o nome, é sempre alguém conhecido do colégio, ou amigo de amigo. Geralmente, o horário é das 16 às 23 h, um horário até que confortável. Você leva, você busca. Parece inofensivo, mas não é. Eles sempre dizem que vai ter um pai ou adulto junto. Mentira. E, todo o mundo vai, desde a amiga santinha, até as mais "saidinhas". Tenho uma filha adolescente, de 14, e é um ritual, todas vem se arrumar em casa, felizes e amáveis. Usam roupas até que normais e vão. Vão até o banheiro do lugar, levam micro-shorts na mochila e aí começa. A idade varia, desde 12 (pasmem) até 18 ou mais, no caso dos meninos.

Sei disso, porque um dia fui levar um grupo em uma HP , numa casa no Morumbi e (instinto de mãe), resolvi entrar. Tinha segurança na porta, que depois de muita conversa me liberou, ameacei chamar a polícia. Quis falar com os pais, os donos da casa e me disseram que eles já chegariam.

Quando entrei, me deparei com o pior pesadelo de uma mãe. Cheiro de maconha, copos de plástico com vodka, todas as meninas dançando, agachando até o chão e os meninos mau conseguiram andar. A dança, parecia cena de sexo explícito, mas com roupa. Ouvi um grito, olhei. Uma garota de uns 12 anos, não passava disso, poderia ser até menos, bem magrinha, caiu no chão com tudo de fora e os garotos jogavam bebida nela como se fosse urina e ela ria e ria....ninguém ajudou a levantar, ela ficou um tempo ali, achando o máximo. Nunca mais deixei minha filha ir a nenhuma HP.

Não era um baile funk da favela, eram filhos como os nossos. Foi no Morumbi, mas isso acontece igualzinho aqui, sem dúvidas. Aliás aqui acontece toda a semana. Lembram do garoto que morreu perto do Edifício Ghaia? Estava voltando de uma HP.



As drogas tem vitimado inúmeros adolescentes no País

Gente, já fomos adolescentes e com certeza aprontamos muito. Mas, o que está acontecendo agora é diferente, como se não existisse o certo e errado, o medo, o amor próprio. Pais, não liberem a casa ou salão de prédio para seus filhos, sem supervisão. Não dá. Acho que a maioria de nós conversamos, aconselhamos, etc... mas os hormônios falam mais alto.

Não dá para prender....eles podem dizer que vão à um amigo e ir à uma HP. Como saberemos? Por isso a responsabilidade é dos pais e de mais ninguém.

Quando meus filhos estiverem em suas casas, cuidem deles, pois é esse o desejo que vocês têm para os seus. Bjs"

Caro leitor, vivemos dias difíceis onde o pecado se multiplica a olhos vistos. Isto posto, os aconselho a estarem bem próximos de seus filhos procurando saber detalhes da festa que pretendem ir. Se for o caso, converse com os pais do adolescente organizador da festa procurando saber detalhes do evento.

Lembre-se: Filhos são herança do Senhor e nós não os tivemos para que sataná os arrebate de nossas mãos.

Cuide deles, proteja-os e Deus será glorificado!

Pense nisso!

INTÉRPRETES DO BRASIL



WWW.INTERPRETESDOBRASIL.ORG

"Enciclopédia de brasilidade - Cesar Benjamin

<http://www.contrapontoeditora.com.br/.../200711011651590.Cert...>

...

Nós, os brasileiros – Paulo Timm – Coletânea

[http://www.paulotimm.com.br/site/downloads/lib/pastaup/Obras%20do%20Timm/150627061554NOS__OS_BRASILEIROS_\(2\).pdf](http://www.paulotimm.com.br/site/downloads/lib/pastaup/Obras%20do%20Timm/150627061554NOS__OS_BRASILEIROS_(2).pdf)

Sociologia brasileira: 11 seminários, entrevistas e documentários pra você entender os maiores...

De que é feita a sociologia brasileira? Qual seu tutano? Clique aqui e veja entrevistas, documentários e seminários sobre a sociologia do nosso país.

COLUNASTORTAS.WORDPRESS.COM

O pensamento estratégico de Francisco Adolfo de Varnhagen, por Paulo Roberto de Almeida

A data de 17 de fevereiro de 2016 marca o ducentésimo aniversário do nascimento do...

MUNDORAMA.NET

Sobre José Bonifácio, os "Pais Fundadores" dos EUA, Joaquin Nabuco, Rui Barbosa e Adam Smith

<https://marcosfernandeseconomic sandpolitics.wordpress.com/2016/02/18/sobre-jose-bonifacio-os-pais-fundadores-dos-eua-joaquin-nabuco-rui-barbosa-e-adam-smith/>

José Bonifácio, Rui Barbosa, Nabuco e Adam Smith (Teoria dos sentimentos Morais) deveriam ser leituras obrigatórias nas escolas.

O Andrada é mais avançado que os pais fundadores dos EUA, incrível. Kenneth Maxwell republicou um [artigo](#) dele sobre o Brasil e sua peculiaridade onde isso fica claro, mas Jorge Caldeira em seu [livro sobre JB deixa isso bem claro](#).

TV CAMARA - Construtores do Brasil

<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/tv/programa/49-CONSTRUTORES-DO-BRASIL.html>

O programa mostra a biografia de 25 personalidades que tiveram papel predominante na formação política, histórica e geográfica do Brasil.

Cesar Benjamin - 7 h - Rio de Janeiro - IGNÁCIO RANGEL

Postei aí embaixo a sinopse e os links para os dois volumes da Obra Reunida de Ignácio Rangel, que organizei. Quando resolvi estudar Rangel sistematicamente, ainda na década de 1980, descobri que isso era quase impossível, pois sua obra estava esgotada, perdida e dispersa. Desde então foram muitos anos de trabalho, procurando e arquivando seus textos, verdadeiras preciosidades. Ludmila, filha do mestre, foi generosíssima na cessão de todos os direitos, O resultado dessa busca está em dois grandes volumes, que reúnem oito livros e mais de cem artigos. No link, o texto "Notas sobre a atualidade do pensamento de Ignácio Rangel", que escrevi junto com Márcio Henrique Monteiro de Castro e Ricardo Bielschowsky para marcar o centenário de nascimento desse grande pensador brasileiro.

Abrços,

Cesar Benjamin

<http://www.contrapontoeditora.com.br/.../201501191621340.Nota...>

[Diego Tamborin](#) Sobre a participação dele no GOV Vargas ótimo texto da grande [Rosa Freire d'Aguiar](#). <http://www.cartacapital.com.br/.../ideias-na-madrugada...>

"Os Boêmios Cívicos": ideias na madrugada

CARTACAPITAL.COM.BR

MÁXIMAS E MÍNIMAS

Um por todos , todos por um x Cada um por si, Deus por todos...

A política tem a sua fonte na perversidade e não na grandeza do espírito humano. (Voltaire)

IMAGENS REVOLUCIONÁRIAS

Nada tenho a dizer, só a mostrar – W.Benjamin

http://www.facebook.com/ImagensRevolucionarias?directed_target_id=0 -

Adão Iturusgarai - Cartuns - <http://www.amazon.com/dp/B019BAYNGQ>



NAVEGAR É PRECISO: Pero cuide que no naufrague tu vivir...

MUNDO MUNDO, VASTO MUNDO...



Antigo mapa do mundo feito por Henricus Martellus, em 1491, que teria sido usado por Cristóvão Colombo

NOTÍCIA EM DESTAQUE - DIA MUNDIAL DA SAÚDE

Organização Mundial da Saúde

Origem: Wikipédia, a enciclopédia livre.



Bandeira da OMS

Tipo	Agência especializada
Acrônimo	OMS
Comando	<i>Diretor geral da OMS</i> ★ Dra. Margaret Chan
Status	ativa
Fundação	7 de abril de 1948

Sede	Genebra ,  Suíça
Website	www.who.int
Commons	 United Nations World Health Organization
<u>Organização das Nações Unidas</u>	

A **Organização Mundial da Saúde (OMS)** é uma [agência especializada](#) em saúde, fundada em [7 de abril](#) de [1948](#) e subordinada à [Organização das Nações Unidas](#). Sua sede é em [Genebra](#), na [Suíça](#). A directora-geral é, desde novembro de [2006](#), a chinesa [Margaret Chan](#).^[1]

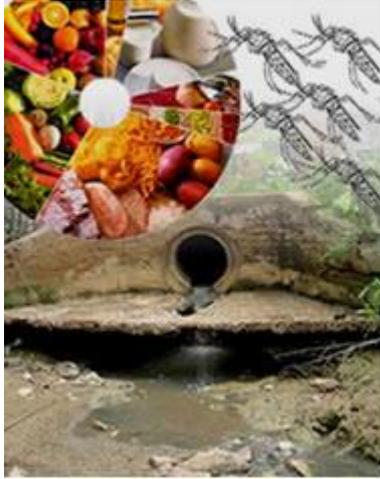
A OMS tem suas origens nas guerras do fim do [século XIX](#) ([México](#), [Crimeia](#)). Após a [Primeira Guerra Mundial](#), a [SDN](#) criou seu *comitê de higiene*, que foi o embrião da OMS.

Segundo sua constituição, a OMS tem por objetivo desenvolver ao máximo possível o nível de [saúde](#) de todos os povos. A *saúde* sendo definida nesse mesmo documento como um «*estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade.*»

O [Brasil](#) tem participação fundamental na história da Organização Mundial da Saúde, criada pela [ONU](#) para elevar os padrões mundiais de saúde. A proposta de criação da OMS foi de autoria dos delegados do [Brasil](#), que propuseram o estabelecimento de um "organismo internacional de saúde pública de alcance mundial".^[2] Desde então, [Brasil](#) e a OMS desenvolvem intensa

Dia Mundial da Saúde - 07 de Abril

Por Jussara de Barros - Graduada em Pedagogia - Equipe Brasil Escola



Alimentação, saneamento e cuidados são formas de prevenir doenças

O dia mundial da saúde foi criado em 1948, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), através da preocupação de seus integrantes em manter o bom estado de saúde das pessoas do mundo, bem como alertar sobre os principais problemas que podem atingir a população.

Ter saúde é garantir a condição de bem estar das pessoas, envolvendo os aspectos físicos, mentais e sociais das mesmas, em harmonia, definição dada segundo a OMS.

É necessário que informações acerca da higiene, doenças, lixões, aterros sanitários, dentre outras, cheguem à população, pois dessa forma o governo faz um trabalho preventivo, melhorando a saúde da população e diminuindo gastos com a saúde pública.

Sendo de responsabilidade dos governantes, a saúde pública deve ser levada a sério tanto pelos municípios, estados e governo federal. Esses devem cuidar de aspectos ligados às suas responsabilidades, capacidades e verbas.

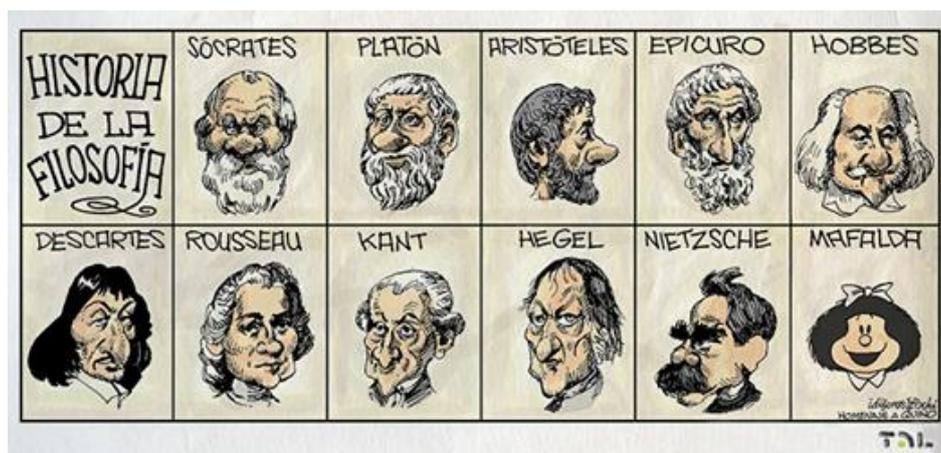
O saneamento básico é um desses aspectos para se manter a saúde de uma população, pois garante que a água tratada chegue até nossas casas e que as redes de esgotos estejam devidamente encanadas, diminuindo os riscos de contaminação por bactérias.

Campanhas de vacinação também é uma forma preventiva de cuidar da saúde das pessoas, pois através delas é possível evitar doenças e epidemias entre as pessoas.

Participar de pequenas associações também é uma forma de buscar informações sobre a manutenção da saúde, pois estas estão diretamente ligadas a governantes, que devem assumir tais responsabilidades; promover discussões e reflexões visando maior amplitude do tema, buscando soluções para manter o saneamento ambiental, garantindo o desenvolvimento social e econômico de um país.

Outra forma de garantir a saúde de um povo é dando-lhes condições dignas de trabalho, a fim de proporcionar ganhos o suficiente para manter uma alimentação de qualidade. Através de uma boa alimentação as pessoas adquirem uma forma saudável de manter a saúde própria, evitando despesas com planos de saúde e remédios.

LIVRE PENSAR: Só de pensar



Filosofia em vídeo: <http://filosofiaemvideo.com.br/>

O Dia Mundial da Saúde

Paulo Timm - Publicado originalmente em abril, 07 de 2013

“Gastos das famílias com saúde aumentam 54% em uma década”

www1.folha.uol.com.br

“O que os economistas da área da saúde, nossos jornalistas que cobrem a área e os clientes que compram seguro-saúde não estão percebendo como já foi dito, é que agora não estamos mais comprando seguro-saúde e sim longevidade humana. E longevidade não tem preço. Ou pelo menos, o preço será sempre maior do que aquilo que nós poupamos ou estamos dispostos a pagar.”

(S.Kannitz – “Alerta aos médicos e à população” - <http://blog.kanitz.com.br/2009/09/alerta-aos-medicos/>)

“Há, portanto, que pensar a eqüidade em saúde como um processo, permanente, em transformação, que vai mudando seu escopo e abrangência na medida em que certos resultados são alcançados.”

Dicionário Profissional em Saúde- Fonte: <http://jus.com.br/revista/texto/19205>)



|

O dia 07 de abril é o Dia Mundial da Saúde, numa celebração à criação da Organização Mundial da Saúde, criada, nesta data, em 1948, como órgão das Nações Unidas com o objetivo de promover ao máximo possível o nível de saúde de todos os povos. Definir saúde, entretanto, não é tão fácil como parece.

As definições de saúde são muitas e até mesmo ambíguas. Variam com as diferentes culturas e regiões porque conceituar saúde depende muito das aspirações e necessidades de cada grupo ou sociedade. Os termos

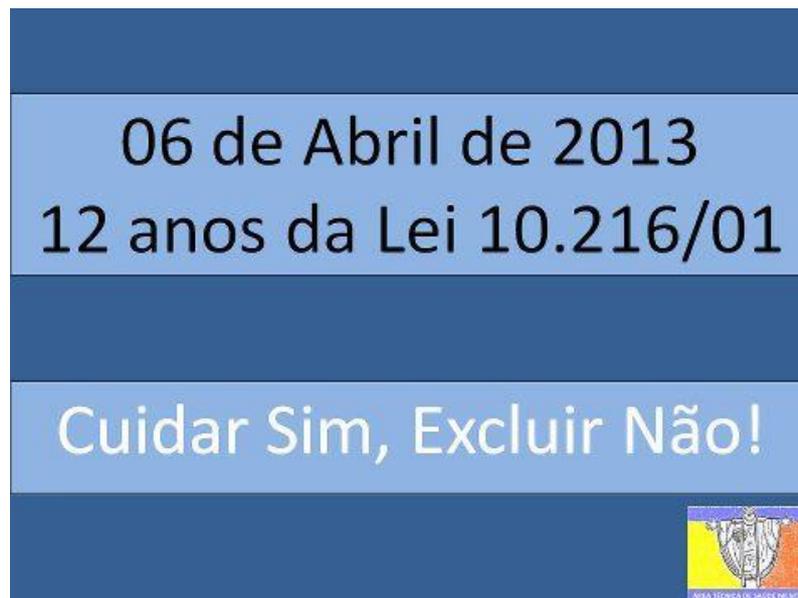
empregados com mais frequência para exprimir saúde são: a simples ausência de enfermidade, estado de vigor físico-mental e bem-estar.

A definição de saúde mais difundida é da Organização Mundial da Saúde (OMS): “estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”.

(Dr Allan Marcio -

<http://www.controlesocialdesarandi.com.br/2009/10/28/saude-depende-de-bem-estar-social-mental-e-fisico/>)

Há, preliminarmente, a questão de saber qual definição de Homem se deve ter como pano de fundo, de forma a promover seu bem-estar. Custou-se um pouco a incorporar ao conceito de vigor físico, a dimensão mental, de forma a incluir no conceito da saúde o perfeito domínio da consciência de um ser capaz de legislar sobre seus atos e seu destino. Hoje aceita-se a divisão bi-partite do Homem – de origem judaica - como um ser dotado de um estado físico e um estado mental. Graças a isto, as doenças mentais, em todas as suas manifestações foram incorporadas ao conceito de saúde, avançando para terapias mais humanizadoras do que os velhos manicômios Eis como, hoje esta dimensão se coloca :



Nós profissionais, gestores, usuários e familiares necessitamos da implantação das RAPS em todos os municípios do Brasil para continuidade da assistência em saúde mental!

Lutamos e continuaremos lutando:

Pelo reconhecimento dos CAPSi como dispositivos efetivos no cuidado aos Autistas!

Pelos CAPS ad III, Consultórios na Rua, UAA e UAi, como dispositivos efetivos de cuidado aos usuários de drogas!

Por uma sociedade laica e sem manicômios!

Por uma saúde pública! Pelo SUS!

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Pareceria que o desafio estaria equacionado.

Mas novas questões, porém, intrínsecas ao conceito moderno do que é propriamente humano, apareceriam.

Ao longo do século XX, foi ganhando peso a dimensão emocional do ser humano, graças aos estudos da Psicanálise e da Psicologia. Com isto, a divisão trinitária do Homem, de inspiração helênica, como dotado de um físico, limitado à matéria, de um espírito, guiado pela razão, e de uma “alma” cativa de uma razão que sua própria razão desconhece - e que não se confunde com a inspiração religiosa do termo – vai ganhando terreno. Seríamos, segundo este entendimento, criados à semelhança de Deus, no “mistério de sua Santíssima Trindade”, associando-se esta “psiquê”, por onde peregrinaram, desde sempre, os poetas, alimentados pela inspiração das “Noúres”, à figura do Espírito Santo. Mas isto só desatou a investigação de outras dimensões do humano, como cultura, identidade e fé religiosa, as quais complicam mais ainda os esforços no sentido de definir saúde.

No Brasil, uma outra concepção tripartite ganhou corpo a partir de 2003, com a introdução da Política de Humanização.

Política de Humanização

A Política de Humanização surgiu em 2003 para efetivar os princípios do SUS, no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. Esta política nasceu da necessidade de se reverter o quadro de “desumanização” e outras problemáticas encontradas na política de saúde realizada através do SUS.

(Serviço Social e Cidadania – - <http://www.controlesocialdesarandi.com.br/2013/04/07/a-participacao-popular-na-gestao-publica-no-brasil/>)

)

Sob esta visão, o paciente é atendido não apenas na sua doença, , mas, na sua totalidade como ser humano, sob a atenção de uma equipe multiprofissional, abrindo caminho para programas como na saúde da mulher, na humanização do parto e na saúde da criança com o projeto Mãe-Canguru, para os recém-nascidos, e um novo campo de ação dos Assistentes Sociais.

Podemos dizer que a Rede de Humanização em Saúde é uma rede de construção permanente e solidária de laços de cidadania, ressaltando a valorização do ser humano, a integração da equipe, a comunicação, e a conexão com outras políticas sociais. Serviço Social na Saúde Pública

O Serviço Social surgiu na América Latina, voltado para o âmbito da saúde, com a criação da Escola de Serviço Social “Dr. Alejandro Delrio”, em Santiago do Chile

(Serviço Social e Cidadania – cit)

Esta concepção privilegia uma ideia de determinação social da saúde, determinação esta geradora de iniquidades em saúde e que impõem pontos de partida para reduzi-las, a saber

- *estratificação social;
- * exposição diferencial;
- *vulnerabilidade (ou susceptibilidade) diferencial;
- * e conseqüências sociais diferenciais das más condições de saúde.

“A formulação de uma resposta política forte e adequada às iniquidades de saúde obriga a agir numa ampla variedade de campos: em primeiro lugar, devem ser estabelecidos os valores; a seguir, há que se descrever e analisar as causas; depois, devem ser erradicadas as causas profundas das iniquidades; e, por último, devem-se reduzir as conseqüências negativas das más condições de saúde”

(Whitehead et al, 2002, citado em [Dicionário Profissional em Saúde](http://jus.com.br/revista/texto/19205)-
Fonte: <http://jus.com.br/revista/texto/19205>)

).

A verdade é que tudo mudou – e muito! - desde 1948, quando o conceito de saúde humana era muito simplório, a esperança de vida não ultrapassava em média os 50 anos e inexistiam procedimentos e medicamentos de prolongamento da vida, capazes de levar, em breve, a que todos esperem viver mais de cem anos, alguns até 125, embora a custos elevadíssimos, cuja socialização implicará o sacrifício de outras prioridades. E isto sem contar, ainda, com a incorporação nestes procedimentos da engenharia genética, extremamente caros. Todo mundo, há pouco, indignou-se com o pronunciamento do Primeiro Ministro do Japão, quando, inadvertidamente, clamou para que os idosos cuidassem de evitar o prolongamento da vida por meios artificiais, por razões econômicas. Ele, na verdade, apenas tocou num assunto sobre o qual, queiramos ou não, seremos obrigados a nos curvar dentro em pouco: o custo social da longevidade.

Quando a OMS foi criada, meados do século passado, o marco da saúde era bem menos complexo, não incorporava o desafio da longevidade e do peso crescente dos velhos na população mundial, sabendo-se que o gasto destes em saúde é de até seis vezes a de um jovem, e o próprio tamanho da população do planeta era um terço do que é hoje. Esta população subiu assustadoramente nos últimos 60 anos, passando hoje dos 7 bilhões de pessoas. Todos com direito à saúde e expectativas de uma longa vida ativa, com a certeza, todos, salvo incidentes, que sofrerão uma doença grave no fim da mesma, cujo custo ultrapassará a capacidade de cobertura dos melhores Planos de Saúde. Isso já é evidente hoje, no Brasil. Basta verificar os pavilhões de doenças terminais do SUS e verificar-se-á que mais da metade aí internado são portadores de Planos, os quais não cobrem os altos preços dos medicamentos e longos e onerosos tratamentos. A consequência disto é que o custo dos Governos com saúde vem se elevando à taxas entre 10% e 15% a.a. , caso dos Estados Unidos, que já compromete 15% do seu Orçamento com Saúde, numa conjuntura de virtual estagnação econômica. Os países da União Europeia, também estagnados, comprometem menos do que este percentual, mas tendem a ir no mesmo caminho, elevando cada vez mais o gasto por habitante com saúde:

Em 2011, em Portugal o gasto público com a saúde por habitante era apenas de 1.097€, quando a média nos países da União Europeia variava entre 1.843€ (...). E nos países desenvolvidos a despesa por habitante era muito superior à portuguesa (Bélgica:+142%; Dinamarca:+229%; Alemanha:+103%; Irlanda:+142%; França : +131%)

Quadro 3– Despesa do Estado com a saúde nos países da U. E. – 2011

PAÍSES	Em % do PIB	Em euros/habitante.	% em relação a Portugal
UE27	7,3%	1.843 €	168%
UE17	7,4%	2.094 €	191%
Bélgica	7,9%	2.655 €	242%
Dinamarca	8,4%	3.607 €	329%
Alemanha	7,0%	2.232 €	203%
Irlanda	7,5%	2.660 €	242%
França	8,3%	2.530 €	231%
PORTUGAL	6,8%	1.097 €	100%

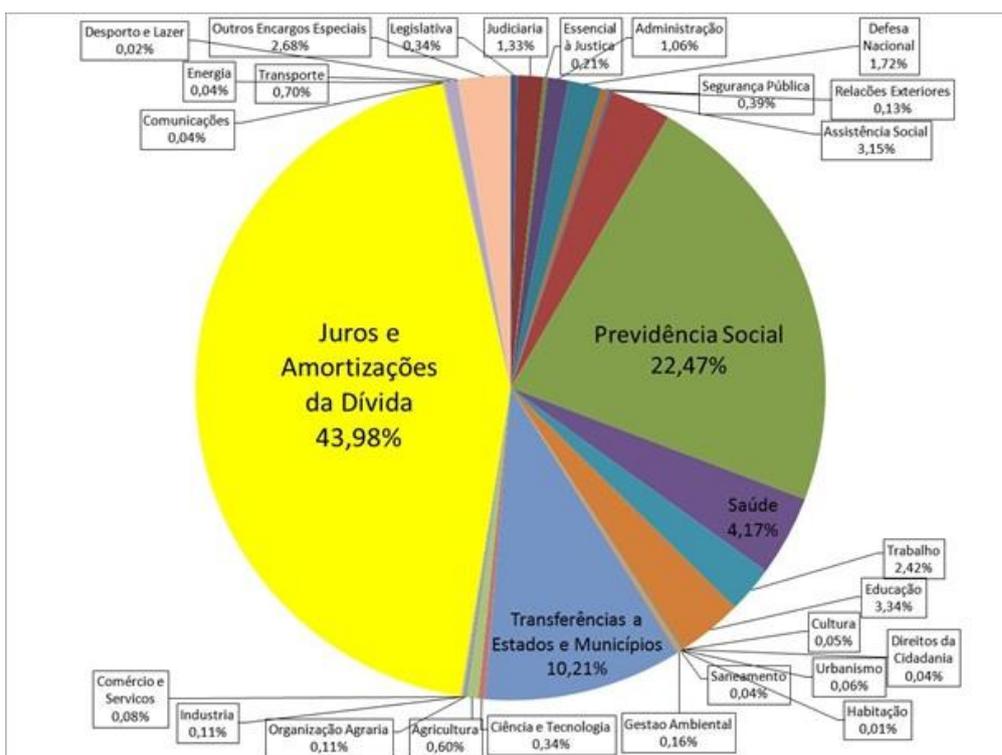
Fonte: Eurostat cit. por Eugenio Rosa in “Resistir” - info.com – 08 03 2013

Ao mesmo tempo, pressionadas, as Seguradoras tratam de maximizar seus lucros no curto prazo, forçando os custos dos “sistema de caixa” com pagamentos irrisórios aos profissionais de saúde, certas de que , como nós, “no longo prazo estaremos todos mortos” .Elas quebradas...Mas tendo garantido, nesta etapa, a seus donos e administradores polpudos patrimônios pessoais.

O Brasil, com uma porcentagem de gastos em saúde (4,1% do Orçamento da União 2012, que corresponde a 38% do PIB) inferior aos da União Europeia, não tem, pois , muito o comemorar nesta data, embora possa ostentar um dos sistemas mais universalizados, portanto, justos do mundo.

Orçamento Geral da União de 2012, por Função

Executado até 31/12/2012 – Total: R\$ 1,712 Trilhão



Elaboração: Auditoria Cidadã da Dívida. Fontes:

<http://www8a.senado.gov.br/dwweb/abreDoc.html?docId=2620216> – Gastos por Função

<http://www8a.senado.gov.br/dwweb/abreDoc.html?docId=1007801> - Gastos com a Dívida

<http://www8a.senado.gov.br/dwweb/abreDoc.html?docId=1007782> – Transferências a Estados e Municípios (Programa "Operações Especiais – Transferências Constitucionais e as Decorrentes de Legislação Específica")

Nota 1: As despesas com a dívida e as transferências a estados e municípios se incluem dentro da função "Encargos Especiais".

Nota 2: O gráfico não considera os restos a pagar de 2012, executados em 2013.

Nota 3: Observado o princípio da unicidade orçamentária.

O atendimento pelo SUS foi uma das grandes conquistas da Constituição de 1988 , resultado de iniciativas pioneiras no campo da saúde pública de homens e mulheres como o casal Dr. Mário Magalhães e Dra. Nise da Silveira que culminaram em sucessivas Conferências Nacionais de Saúde que respaldaram o preceito constitucional.

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual representa um marco histórico para a saúde, pois foi a primeira conferência aberta à sociedade e por meio dela foi implantado a SUDS. A Reforma Sanitária ganhou evidência através da conferência e trouxe mudanças inovadoras em todos os setores da saúde, contribuiu para reanimar os princípios democráticos pautados na defesa da universalização das políticas sociais, na construção de um sistema único de saúde tendo como base a intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização e a participação social.

*Com a Constituição de 1988, institui-se o **Sistema Único de Saúde (SUS)**, sendo regulamentado em 1990 com a LOS, que definiu seu modelo operacional, sua forma de organização, seus princípios doutrinários, objetivos e atribuições. Esse novo modelo de saúde vigente é denominado Modelo Plural, tendo como característica mais importante a **universalização do atendimento e a participação da sociedade***

(Serviço Social Cidadania - <http://www.controlesocialdesarandi.com.br/2013/04/07/a-participacao-popular-na-gestao-publica-no-brasil/>)

Mas há uma generalizada reclamação da opinião pública contra a qualidade dos serviços prestados por este sistema e que agora atinge os segurados de Planos de Saúde. Todos estão na fila de espera para serem atendidos.

Não por acaso , o candidato da Oposição, Senador Aécio Neves, marca presença sobre o tema, nesta data, mostrando que o Governo Federal vem diminuindo seus recursos aplicados na saúde:

GOVERNO FEDERAL REDUZ PROPORÇÃO DE GASTOS COM SAÚDE EM 25%!

1. A concentração de poderes, recursos e de mando na esfera federal tem imposto a Estados e municípios graves dificuldades para executar políticas públicas nas áreas essenciais e prejuízos enormes à população. Para que se tenha uma dimensão da distorção, apesar de o governo central reter grande parte do que é arrecadado no país, a União responde por apenas 13% das despesas em segurança. Nos transportes, 63% são recursos estaduais e municipais. Em educação, os recursos federais representam 24%, contra 76% dos Estados e municípios.

2. Na saúde, a participação federal nos gastos públicos totais está em queda livre -Estados e municípios se responsabilizam por 64%, enquanto a União aloca 36%. Em 2000, respondia por 48%, (obs. redução de 25%). O retrato dessa área talvez seja o que mais evidencia o modelo que vivemos hoje no país: aumenta o desafio, diminui o compromisso do governo federal.

((Artigo de Aécio Neves- Folha de SP-08, citado por NL Cesar Maia 08 /04/2012)

O Dia Mundial da Saúde é , portanto, um bom momento para a reflexão sobre o tema. Uma reflexão responsável e capaz de, ao mesmo tempo que sustenta os princípios de equidade e justiça social, num marco conceitual compatível com as exigências morais do século XX , seja capaz de situar a questão da saúde como custo. Custo individual, concernente ao que cada um está disposto a pagar hoje pela longevidade esperada e custo social, relativo ao peso que o conjunto da sociedade pode sustentar neste processo.

Opinião Pública

7 de Abril – Dia Mundial da Saúde, com os punhos cerrados e os olhos cheios d'água

Por **João Ezequiel** = www.sul21.com.br - 07/04/2013 | 00:59

São 16h de uma sexta-feira comum (15/03/13), estou em meu trabalho (vigilância em Saúde) na Av. Padre Cacique em Porto Alegre, quando recebo uma dramática ligação de meu pai de criação, o Miguel, dizendo que minha mãe de criação, Aurea Jussara (técnica de enfermagem aposentada), estava dentro de uma ambulância no pátio do HPS há mais de 4h e o pior, com as pernas paralisadas e sem atendimento. Ela havia sofrido uma queda com seu paciente domiciliar, um homem de grande porte, desembargador aposentado, que sofre de Alzheimer e Mal de Parkinson, entre outras complicações.

Para não deixá-lo cair ao chão, posicionou seu corpo na tentativa de firmá-lo, evitando assim um trauma em seu enfermo. A manobra deu certo para o paciente que não se feriu, mas não pra ela, os dois caíram juntos, ela teve lesão na coluna e não conseguia mais mover as pernas. Ao ouvir o relato desesperado ao telefone, pedi licença para meus colegas e ainda por telefone solicitei à médica da ambulância que não removesse minha mãe do pátio do HPS, por nada do mundo.

Peguei um táxi e me dirigi até o Pronto Socorro. Quando lá cheguei, pude comprovar que era tudo verdade. Uma técnica de enfermagem dedicada, que cuidou de pacientes a vida toda, estava agora sem poder mexer as pernas por mais de 5h, num pátio de hospital, sem obter sequer a avaliação de um médico traumatologista. Subi até a direção do hospital e, como um experimentado sindicalista, solicitei uma reunião de urgência com a Diretora do HPS, Dra. Elisabete Collares, a qual me recebeu educadamente,

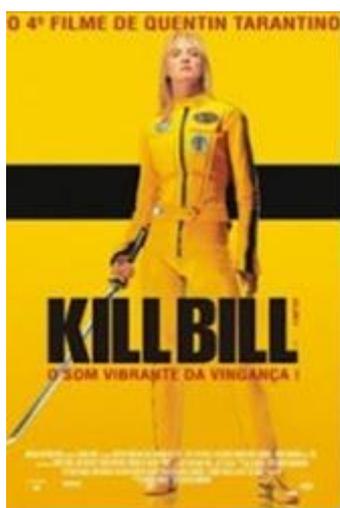
desfazendo inclusive, uma reunião que estava em andamento. Sentei a sua frente e a diretora passou a ouvir meu relato da situação.

Quando cheguei no ponto do relato onde citei que minha mãe perdeu a sensibilidade nas pernas, meus olhos se encheram d'água, parei de falar, respirei fundo, me levantei e saí da sala. Pensei comigo: "Como é triste o que nosso povo passa quando precisa do SUS". Temia que ela ficasse paraplégica. As secretárias da diretora foram em meu consolo. Tomei um copo d'água e voltei pra sala, a diretora me explicou que naquele momento, o hospital não tinha o equipamento para o exame de ressonância e nem mesmo o médico traumato para receber a paciente. Fez uma série de ligações e articulou a internação de minha mãe no hospital Cristo Redentor, onde fomos muito bem atendidos por uma equipe maravilhosa de médicos, enfermeiros e técnicos.

O problema de minha mãe está resolvido e hoje ela passa bem. Mas saí deste episódio, bastante reflexivo. Como fica a situação de inúmeros trabalhadores que procuram o SUS em um momento de extrema necessidade? Precisarão eles da intervenção de um Diretor Hospitalar em cada instituição que buscarem o atendimento? Como sindicalista, eu já lutava pela saúde, mas depois desse episódio, fiquei ainda mais convicto desta causa. Mesmo com olhos cheios d'água, mantereí meus punhos cerrados em defesa de uma saúde pública, universal, gratuita e de qualidade para todos, a qual só será possível se cobrarmos incansavelmente dos gestores a contratação de médicos e equipes de enfermagem em grande número, além da aquisição imediata de equipamentos para os postos de saúde, prontos e hospitais. Viva o 7 de Abril, Dia Mundial da Saúde!

João Ezequiel é Técnico de Enfermagem, Diretor do Sindicato dos Municipários de POA (Simpa) e Vereador Suplente do PSOL

NERVO EXPOSTO: Kill Bill



Educação em saúde na escola

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101972000100010&script=sci_arttext

[Revista de Saúde Pública](#)

Print version ISSN 0034-8910

Rev. Saúde Pública vol.6 no.1 São Paulo Mar. 1972

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101972000100010>

School health education

Ruth Sandoval Marcondes

Da Disciplina Educação em Saúde Pública do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP. – Av. Dr. Arnaldo, 715 – São Paulo, SP., Brasil

RESUMO

São caracterizadas as responsabilidades da escola na área da saúde e apresentados os princípios básicos que devem fundamentar o programa de educação em saúde na escola, seus objetivos e áreas. A formação e a atuação do especialista em educação em saúde, que integra a equipe de saúde escolar, foi objetivada abordando aspectos do Curso de Educação em Saúde na Escola, ministrado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Brasil.

Unitermos: Educação sanitária*; Saúde escolar*; Educação; Saúde pública.

SUMMARY

The school responsibilities in the area of health are presented. The principles that should serve as a basis for the school health education program, its objectives and its areas, are focused. The preparation and functions of the School Health Education specialist, a member of the school health team, are analysed and the School Health Education Course offered by the School of Public Health, University of São Paulo, Brazil, is described.

Uniterms: Health Education *; School health *; Education; Public health.

1. INTRODUÇÃO

Nos ombros de milhões de crianças que hoje freqüentam escolas descansa o futuro do Brasil. Dentro de poucos anos transformar-se-ão em operários e patrões, professores e profissionais liberais, administradores de empresas e fazendeiros. Serão também pais de uma nova geração de crianças. Da escola de hoje sairá um exército de cidadãos que enfrentarão problemas pessoais e familiares, sociais e políticos, nacionais e internacionais. Como se desincumbirão de suas novas tarefas, só o tempo poderá dizer. No momento, cabe a nós, adultos de hoje, ajudar os escolares a alcançar melhor nível de saúde, dando-lhes uma base sólida sobre a qual poderão construir uma vida útil e feliz.

Por força da Constituição Brasileira toda criança, ao completar 7 anos, deve ser matriculada na Escola. A mesma Constituição confere, assim, à escola determinadas responsabilidades.

2. RESPONSABILIDADES DA ESCOLA

a. Contribuir para o desenvolvimento integral da criança durante o período escolar é uma das responsabilidades da escola. Receber crianças, proporcionar-lhes situações favoráveis à aprendizagem e devolvê-las à família no fim de um dia ou de 8 anos não apenas sem terem sido prejudicadas pela experiência, mas melhoradas sob todos os aspectos – eis um dos objetivos da Escola. Não pode haver justificativa para uma Escola que recebe a criança sadia aos 7 anos e aos 14 a dispensa com tuberculose ou outra doença qualquer por causa da experiência escolar. Não há defesa possível para um sistema escolar que descuida do estado psicológico de seus funcionários, concorrendo para tornar a criança nervosa, instável, desajustada. A sociedade não tem o direito de obrigar uma criança a passar 8 anos de sua vida em prédios sujos, escuros ou perigosos. A escola deve concorrer para o desenvolvimento integral da criança, provendo experiências conducentes à vida sadia.

b. Tornar acessível aos alunos o conhecimento científico e manter-se atualizada sobre as novas descobertas. Cada vez se torna mais evidente a necessidade do indivíduo aplicar as descobertas das ciências médicas e biológicas, a fim de alcançar um nível ótimo de saúde para si mesmo, sua família e sua comunidade. É fundamental, portanto, possuir conhecimentos corretos sobre essas descobertas. Tais conhecimentos podem ser aprendidos na escola primária com mais facilidade e de maneira mais sistematizada, visto que é na infância que o processo de aquisição de informações científicas deve começar, assim como o desenvolvimento de atitudes e práticas delas decorrentes.

No Brasil, este fato tem importância capital, visto ser a escola ainda a única agência que consegue reunir grande parte da população. À escola cabe transmitir aos alunos conhecimentos atualizados e úteis, estimular atitudes positivas e dinâmicas em relação à saúde e desenvolver neles as habilidades necessárias para que promovam educação sanitária nas próprias famílias, assim como nas profissões que escolherem.

c. Manter permanente contato com a comunidade, constitui uma terceira responsabilidade da escola.

A saúde da criança está diretamente relacionada com o ambiente físico e o clima emocional da escola que frequenta, do lar em que vive e da comunidade que habita. Não se pode ensinar saúde como uma matéria abstrata, sem referências às práticas da criança dentro e fora da escola; nem se pode esperar o que acontece dentro da escola das atividades e interesses do lar e da comunidade como um todo.

A escola deve estabelecer comunicação estreita com a comunidade onde está inserida, trazendo-a para participar de seu programa de saúde. Da mesma forma, deve participar ativamente dos programas de saúde da comunidade. Deve ser uma escola sem muros, totalmente aberta e atraente aos membros da comunidade.

3. PRINCÍPIOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA

Fundamentada em determinados princípios, a educação em saúde na escola deve:

- a. Estar integrada à educação global;
- b. acompanhar a evolução nos campos da educação e da saúde;
- c. concorrer para o desenvolvimento integral da criança a partir de suas necessidades, interesses e problemas;
- d. levar em conta os fatores determinantes do comportamento humano (biológicos, psicológicos, sociais e culturais);
- e. ser compatível com a política de desenvolvimento educacional, sanitário, social e econômico do país;
- f. ser planejada, executada e avaliada pelo pessoal docente, profissional, técnico, administrativo, pelos pais e representantes de agências da comunidade;
- g. procurar a participação da família e da comunidade para seu pleno desenvolvimento.

4. OBJETIVOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Todos os indivíduos têm direito à vida, à instrução, à segurança, à saúde – dentro de um clima de liberdade. São direitos que dependem de incorporações conscientes e não de mera informação.

Saúde significa mais do que o conceito negativo de ausência de doença. É definida pela Organização Mundial da Saúde como um "estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença".

Saúde é direito que se ganha. Depende da consciência de seu valor. Essa consciência deve implicar em ação voluntária.

Educação para a saúde na escola significa a formação de atitudes e valores que levam o escolar ao comportamento inteligente, revertendo em benefício de sua saúde e da saúde dos outros. Não se limita a dar conhecimentos; preocupa-se em motivar a criança para aprender, analisar, avaliar as fontes de informações, em torná-la capaz de escolher inteligentemente seu comportamento com base no conhecimento.

Quando uma criança entra na escola, já possui conhecimentos, atitudes e práticas de saúde adquiridos no lar. Muitos podem não ter base científica, necessitando modificações, alguns precisam ser reforçados e outros aprendidos.

O programa de educação em saúde na escola deve ter por objetivos:

- a. Contribuir para a proteção e promoção da saúde do escolar, proporcionando-lhe um ambiente físico e emocional adequado ao seu crescimento e desenvolvimento, ajudando-o a compreender a importância dos exames de saúde periódicos, estimulando-o a utilizar os recursos de saúde da comunidade, concorrendo para a prevenção e controle das doenças transmissíveis.
- b. Desenvolver um currículo orientado no sentido de atender as necessidades e interesses do escolar, proporcionando-lhes experiências de aprendizagem que o habilitem a aplicar as descobertas científicas em benefício de sua saúde.
- c. Levar o escolar a compreender a necessidade da sua participação para o equacionamento dos problemas de saúde pessoais, de sua família e de sua comunidade.

5. O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA

A educação em saúde na escola está presente em todos os aspectos da vida escolar. Para facilidade de abordagem, o programa global de educação em saúde na escola pode ser representado pela figura de um cilindro, adaptada de STEAD *. O cilindro pode ser dividido em três sentidos: vertical, representando as quatro áreas do programa: ambiente da escola (físico e emocional), serviços de saúde, ensino da saúde e relações lar-escola-comunidade ([Fig. 1](#)); horizontal, representando os níveis de aplicação do programa: 1.º, 2.º e 3.º graus ([Fig. 2](#)); longitudinal, focalizando as necessidades de pesquisa, levantamento de dados, planejamento e programa de ação ([Fig. 3](#)).

5.1 As Áreas do Programa

5.1.1 Ambiente da Escola (Físico e Emocional)

A saúde do escolar é amplamente influenciada pelo ambiente em que vive. Muitos fatores físicos, emocionais e sociais afetam a saúde desfavoravelmente, exigindo ajustamentos e controle. Entre as condições ambientais de interesse especial de educação em saúde na escola, contam-se as relacionadas com:

- a. Saneamento básico (água, esgoto, lixo).

- b. Prédio escolar (iluminação, ventilação, acústica, temperatura, vias de acesso).
- c. Mobiliário e equipamento escolar.
- d. Refeitório, cozinha e cantina.
- e. Recreio e áreas adjacentes.
- f. Arborização e controle de ruídos.
- g. Relações professor-aluno-pessoal.
- h. Rotina escolar.

5.1.2 *Serviços de Saúde*

Nesta área são consideradas as atividades relacionadas com a proteção e promoção da saúde do escolar, entre as quais:

- a. Assistência médica, odontológica e psicológica.
- b. Alimentação supletiva.
- c. Recreação e exercícios físicos.

5.1.3 *Ensino da Saúde*

Esta área abrange todos os tipos de instrução formal e informal, cujo conteúdo é organizado com base nas necessidades e interesses da criança e da problemática de saúde local, incluindo, de modo geral:

- a. Crescimento e desenvolvimento humano.
- b. Reprodução.
- c. Higiene pessoal e do vestuário.
- d. Exercício, sono e repouso.
- e. Nutrição.
- f. Saúde oral.
- g. Saneamento básico: abastecimento de água, destino de dejetos, lixo, poluição do ar e da água, ruídos.
- h. Habitação.
- i. Etiologia, transmissão e profilaxia das doenças transmissíveis.

- j. Prevenção de acidentes e socorros de urgência.
- l. Substâncias que modificam o comportamento (álcool, tóxicos).
- m. Problemas de saúde locais, regionais, nacionais e internacionais.
- n. Aspectos econômicos da saúde.
- o. Recursos de saúde da comunidade.
- p. Carreiras relacionadas com a saúde.

5.1.4 *Relações Lar-Escola-Comunidade*

Nesta área são consideradas todas as atividades que contribuem para o desenvolvimento de relações de cooperação entre a escola, a família e a comunidade, como sejam:

- a. Criação de Associações de Pais e Mestres.
- b. Participação em programas dos órgãos oficiais de saúde.
- c. Criação de Conselhos de Educação e Saúde.

5.2 *Níveis de Aplicação*

Reconhece-se atualmente que, para erradicar, minimizar ou controlar os problemas que impedem a população de alcançar níveis adequados de bem estar físico, mental e social é fundamental prepará-la na área da educação para a saúde. Esta preparação deve começar cedo na vida do indivíduo e é principalmente na escola que poderá ser levada a efeito de maneira sistemática, desde o nível primário até o secundário, colegial ou universitário.

5.3 *Programa de Ação*

A integração da saúde aos programas escolares exige, em todos os níveis de ensino, o conhecimento da realidade em que atua a escola e que atua na escola. Isto só é possível através da pesquisa e do levantamento de dados necessários ao embasamento dos programas de educação em saúde na escola.

Nesse sentido, a formação de um profissional capacitado para realizar estudos e investigações na área da educação em saúde na escola, bem como para desenvolver programas de saúde integrados ao currículo escolar e prestar assistência técnica aos professores se faz necessária, a fim de proporcionar ao sistema educacional condições para que cumpra cabalmente sua função integradora da saúde à educação.

6. ESPECIALISTA EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA

A Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo, Brasil, já vem formando, desde 1967, o especialista em educação para a saúde – o Educador de Saúde Pública – recrutado

entre candidatos de nível universitário. De longa data, entretanto, vem se preocupando com a integração da saúde ao currículo das escolas. Respondendo a essa necessidade iniciou, em 1971, embora em caráter experimental, a preparação do Educador de Saúde Pública especializado em educação em saúde na escola.

O Educador de Saúde Pública é um especialista que, por seu preparo especial, deve possuir alta competência e dotes de liderança que lhe permitam encarregar-se de trabalhos de planejamento, organização, metodologia, estudo e investigações na área da educação em saúde. Seu preparo acadêmico exige o domínio de conhecimentos sólidos sobre:

- a. Educação, especialmente fatores determinantes do comportamento humano.
- b. Ciências Sociais, particularmente antropologia cultural.
- c. Saúde Pública, que inclui administração sanitária, saneamento do meio, epidemiologia geral, estatística vital e planejamento de programas.
- d. Administração e organização de programas de educação em saúde na escola.
- e. Metodologia da educação em saúde na escola.
- f. Técnicas de investigação aplicadas à educação em saúde na escola.

7. O CURSO DE FORMAÇÃO DO ESPECIALISTA

7.1 Requisitos para Admissão

Podem inscrever-se ao Curso de Educação em Saúde Pública todos aqueles interessados pelo trabalho no campo da saúde escolar, graduados em pedagogia ou psicologia por estabelecimento de nível superior. Ademais, deve o candidato possuir experiência de trabalho, de preferência em magistério, e ser aprovado pela Comissão de Seleção.

7.2 Programa

O programa do curso de formação do especialista em educação em saúde na escola estrutura-se a partir dos seguintes núcleos:

- a. Disciplinas básicas de Saúde Pública.
- b. Educação em Saúde na Escola.
- c. Disciplinas complementares.
- d. Treinamento-de-campo.

As disciplinas básicas incluem: educação moral e cívica, administração sanitária, estatística vital, epidemiologia geral, saneamento e fundamentos sociais e culturais da saúde pública.

Educação em Saúde Pública na Escola engloba as seguintes unidades: crescimento e desenvolvimento da criança, organização e administração do programa de educação em saúde na escola, organização da comunidade para educação em saúde, implementação do currículo e treinamento de pessoal.

Das disciplinas complementares constam, entre outras: nutrição em saúde pública, demografia, saúde materna, saúde ocupacional, amostragem.

Finalmente, o treinamento-de-campo é realizado sob a orientação e supervisão de pessoal profissional.

A [Fig. 4](#) apresenta o programa do Curso de Educação em Saúde Pública, indicando a diversificação em saúde na escola.

7.3 Duração

O Curso tem a duração de onze meses, em período de tempo integral, incluindo 6 semanas dedicadas ao treinamento-de-campo. Inicia-se na primeira segunda-feira de fevereiro e termina a 16 de dezembro.

O aluno aprovado no Curso recebe o diploma de Educador de Saúde Pública (especialização em educação em saúde na escola), podendo inscrever-se para pós-graduação, a fim de obter o grau de Mestre ou Doutor em Saúde Pública, cumpridas as exigências regulamentares da Faculdade.

8. AS FUNÇÕES DO ESPECIALISTA

O Educador de Saúde Pública, com especialização em educação em saúde na escola, pode atuar junto a órgãos de educação, públicos e particulares, a nível central ou regional. Tem por funções:

8.1 Nível Central

- a. Realizar estudos e pesquisas sobre os fatores sócio-culturais que influem nos programas de educação em saúde na escola.
- b. Realizar estudos e pesquisas sobre a eficiência de métodos e materiais educativos utilizados nos programas de saúde na escola.
- c. Desenvolver projetos especiais de experimentação visando à recomendação de normas técnicas adequadas ao eficiente desenvolvimento das atividades educativas dos programas de saúde na escola.
- d. Avaliar os programas da Secretaria da Educação em termos de seus aspectos de educação em saúde.
- e. Prestar assessoria técnica a órgãos da Secretaria da Educação e demais órgãos oficiais e particulares.

- f. Orientar e supervisionar os Educadores de Saúde Pública das Divisões Regionais.
- g. Participar do planejamento do currículo escolar na área da saúde.

8.2 *Nível Regional*

- a. Realizar o levantamento das características sócio-econômico-culturais da região em que atua.
- b. Realizar a análise, o estudo e o diagnóstico educativo dos problemas de saúde do escolar.
- c. Elaborar o plano educativo dos programas de saúde escolar, que inclui:
 - determinação dos objetivos educativos a serem alcançados;
 - identificação dos recursos da Região que possam ser utilizados nas atividades educativas;
 - seleção de métodos e materiais educativos a serem utilizados;
 - planejamento e teste prévio de materiais educativos;
 - determinação de critérios e métodos de avaliação dos programas.
- d. Orientar a execução do plano educativo dos programas de saúde, responsabilizando-se por:
 - coordenação das atividades educativas;
 - interpretação para o público dos objetivos e programas de saúde da Região Escolar;
 - promoção do treinamento de líderes e voluntários da comunidade que podem cooperar na execução dos programas;
 - estabelecimento e manutenção de relações adequadas de trabalho entre os órgãos e os grupos da comunidade que podem contribuir para o programa de saúde, servindo de elemento de ligação entre os órgãos oficiais e particulares, profissionais e cívicos;
 - investigação das reações negativas a atividades educativas.
- e. Estimular, planejar e supervisionar programas de treinamento em educação em saúde para pessoal técnico da Região, alunos das Escolas Normais e de Institutos de ensino superior.
- f. Prestar assessoria técnica a outras agências ou serviços em relação aos aspectos educativos de seus programas de saúde na escola.
- g. Realizar estudos e pesquisas na área da educação em saúde na escola.
- h. Participar do planejamento do currículo escolar na área da saúde.
- i. Orientar e supervisionar as Unidades Distritais no que tange à educação em saúde na escola.
- j. Estimular a organização de comissões de educação e saúde.

I. Organizar e manter atualizada uma biblioteca especializada em saúde para uso da Região.

9. CONCLUSÕES

Educação em Saúde na Escola significa a formação de atitudes e valores que levam o escolar a práticas conducentes à saúde. Deve estar presente em todos os aspectos da vida do escolar e integrada à educação global.

Preparação adequada do pessoal que participa do programa de educação em saúde na escola é indispensável para assegurar seu êxito. Essa preparação deverá ser delegada a especialistas em educação em saúde na escola, graduados em curso pós-universitário. No Brasil esses especialistas já estão sendo formados na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Recebido para publicação em 22-11-1971

Aprovado para publicação em 7-1-1972

Apresentado no VI Congresso Internacional de Higiene e Medicina Escolares e Universitárias, realizado em Lisboa de 23 a 27 de agosto de 1971

* STEAD, F. M. – Levels in environmental health. *Amer. J. publ. Hlth*, 50:312-5, 1960.

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

**Avenida Dr. Arnaldo, 715
01246-904 São Paulo SP Brazil
Tel./Fax: +55 11 3061-7985**



revsp@org.usp.br

Educação em saúde na escola...seu município...faz esta lição?

Posted by [Dr Allan Marcio](#)



1. INTRODUÇÃO

Nos ombros de milhões de crianças que hoje frequentam escolas descansa o futuro do Brasil. Dentro

de poucos anos transformar-se-ão em operários e patrões, professores e profissionais liberais, administradores de empresas e fazendeiros. Serão também pais de uma nova geração de crianças. Da escola de hoje sairá um exército de cidadãos que enfrentarão problemas pessoais e familiares, sociais e políticos, nacionais e internacionais. Como se desincumbirão de suas novas tarefas, só o tempo poderá dizer. No momento, cabe a nós, adultos de hoje, ajudar os escolares a alcançar melhor nível de saúde, dando-lhes uma base sólida sobre a qual poderão construir uma vida útil e feliz.

Por força da Constituição Brasileira toda criança, ao completar 7 anos, deve ser matriculada na Escola. A mesma Constituição confere, assim, à escola determinadas responsabilidades.

2. RESPONSABILIDADES DA ESCOLA

a. Contribuir para o desenvolvimento integral da criança durante o período escolar é uma das responsabilidades da escola. Receber crianças, proporcionar-lhes situações favoráveis à aprendizagem e devolvê-las à família no fim de um dia ou de 8 anos não apenas sem terem sido prejudicadas pela experiência, mas melhoradas sob todos os aspectos – eis um dos objetivos da Escola. Não pode haver justificativa para uma Escola que recebe a criança sadia aos 7 anos e aos 14 a dispensa com tuberculose ou outra doença qualquer por causa da experiência escolar. Não há defesa possível para um sistema escolar que descuida do estado psicológico de seus funcionários, concorrendo para tornar a criança nervosa, instável, desajustada. A sociedade não tem o direito de obrigar uma criança a passar 8 anos de sua vida em prédios sujos, escuros ou perigosos. A escola deve concorrer para o desenvolvimento integral da criança, provendo experiências conducentes à vida sadia.

b. Tornar acessível aos alunos o conhecimento científico e manter-se atualizada sobre as novas descobertas. Cada vez se torna mais evidente a necessidade do indivíduo aplicar as descobertas das ciências médicas e biológicas, a fim de alcançar um nível ótimo de saúde para si mesmo, sua família e sua comunidade. É fundamental, portanto, possuir conhecimentos corretos sobre essas descobertas. Tais conhecimentos podem ser aprendidos na escola primária com mais facilidade e de maneira mais sistematizada, visto que é na infância que o processo de aquisição de informações científicas deve começar, assim como o desenvolvimento de atitudes e práticas delas decorrentes.

No Brasil, este fato tem importância capital, visto ser a escola ainda a única agência que consegue reunir grande parte da população. À escola cabe transmitir aos alunos conhecimentos atualizados e úteis, estimular atitudes positivas e dinâmicas em relação à saúde e desenvolver neles as habilidades necessárias para que promovam educação sanitária nas próprias famílias, assim como nas profissões que escolherem.

c. Manter permanente contato com a comunidade, constitui uma terceira responsabilidade da escola.

A saúde da criança está diretamente relacionada com o ambiente físico e o clima emocional da escola que frequenta, do lar em que vive e da comunidade que habita. Não se pode ensinar saúde como uma matéria abstrata, sem referências às práticas da criança dentro e fora da escola; nem se pode esperar o que acontece dentro da escola das atividades e interesses do lar e da comunidade como um todo.

A escola deve estabelecer comunicação estreita com a comunidade onde está inserida, trazendo-a para participar de seu programa de saúde. Da mesma forma, deve participar ativamente dos programas de saúde da comunidade. Deve ser uma escola sem muros, totalmente aberta e atraente aos membros da comunidade.

3. PRINCÍPIOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA

Fundamentada em determinados princípios, a educação em saúde na escola deve:

- a. Estar integrada à educação global;
- b. acompanhar a evolução nos campos da educação e da saúde;
- c. concorrer para o desenvolvimento integral da criança a partir de suas necessidades, interesses e problemas;
- d. levar em conta os fatores determinantes do comportamento humano (biológicos, psicológicos, sociais e culturais);
- e. ser compatível com a política de desenvolvimento educacional, sanitário, social e econômico do país;
- f. ser planejada, executada e avaliada pelo pessoal docente, profissional, técnico, administrativo, pelos pais e representantes de agências da comunidade;
- g. procurar a participação da família e da comunidade para seu pleno desenvolvimento.

4. OBJETIVOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Todos os indivíduos têm direito à vida, à instrução, à segurança, à saúde – dentro de um clima de liberdade. São direitos que dependem de incorporações conscientes e não de mera informação.

Saúde significa mais do que o conceito negativo de ausência de doença. É definida pela Organização Mundial da Saúde como um "estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença".

Saúde é direito que se ganha. Depende da consciência de seu valor. Essa consciência deve implicar em ação voluntária.

Educação para a saúde na escola significa a formação de atitudes e valores que levam o escolar ao comportamento inteligente, revertendo em benefício de sua saúde e da saúde dos outros. Não se limita a dar conhecimentos; preocupa-se em motivar a criança para aprender, analisar, avaliar as fontes de informações, em torná-la capaz de escolher inteligentemente seu comportamento com base no conhecimento.

Quando uma criança entra na escola, já possui conhecimentos, atitudes e práticas de saúde adquiridos no lar. Muitos podem não ter base científica, necessitando modificações, alguns precisam ser reforçados e outros aprendidos.

O programa de educação em saúde na escola deve ter por objetivos:

- a. Contribuir para a proteção e promoção da saúde do escolar, proporcionando-lhe um ambiente físico e emocional adequado ao seu crescimento e desenvolvimento, ajudando-o a compreender a importância dos exames de saúde periódicos, estimulando-o a utilizar os recursos de saúde da comunidade, concorrendo para a prevenção e controle das doenças transmissíveis.
- b. Desenvolver um currículo orientado no sentido de atender as necessidades e interesses do escolar, proporcionando-lhes experiências de aprendizagem que o habilitem a aplicar as descobertas científicas em benefício de sua saúde.
- c. Levar o escolar a compreender a necessidade da sua participação para o equacionamento dos problemas de saúde pessoais, de sua família e de sua comunidade... [LEIAM MAIS](#)

Dia Mundial da Saúde...O que se Comemorar?? 43e3

“\

[87ht4e2q1

Posted by [Dr Allan Marcio](http://www.controlesocialdesarandi.com.br/2013/04/06/dia-mundial-da-saude-no-brasil-o-que-se-comemorar/) - <http://www.controlesocialdesarandi.com.br/2013/04/06/dia-mundial-da-saude-no-brasil-o-que-se-comemorar/>



O Dia Mundial da Saúde é celebrado, anualmente, a 7 de Abril. Foi escolhida esta data para assinalar a fundação da OMS, que ocorreu em 1948.

Em cada ano é escolhido um tema que evidencia uma área prioritária da Saúde Pública, com impacto em todo o mundo, tendo como objectivo alertar a população para a imperiosa necessidade de promover a saúde.

A campanha deste ano, sob o lema: “controle a sua tensão arterial”, incide sobre a prevenção e controlo da Hipertensão Arterial (HTA), como meio de reduzir o número de pessoas afectadas pelas doenças cardiovasculares, agora e no futuro, preconizando a realização de acções de sensibilização com o intuito de promover a consciencialização dos cidadãos sobre as causas e consequências da HTA.

A HTA é um dos graves problemas de Saúde Pública, sendo uma das principais causas de morbi-morbilidade nos países desenvolvidos, principalmente se desconhecida ou mal controlada. A consequência são mais de 9 milhões de mortes anuais, sendo que metade das mortes por AVC e enfarte têm como causa a HTA.

Também existe um enorme custo económico e social associado a este problema. Em alguns países o dinheiro gasto a tratar, apenas, as doenças cardiovasculares pode representar 1/5 do total do dinheiro gasto com a saúde. No entanto, milhões de pessoas, não controlam a HTA nos estádios iniciais por falta de recursos financeiros. Os resultados são devastadores, quer para as famílias quer para o sistema de saúde: mortes prematuras, incapacidade/dependência, perda de produtividade, diminuição da força de trabalho, despesas em cuidados médicos que se reflectem nas famílias, comunidades e orçamentos nacionais.

Em 1980 existiam 600 milhões de hipertensos, contrastando com o bilião registado em 2008. Por trás destas estatísticas alarmantes encontra-se um “assassino” silencioso que pode afectar qualquer pessoa.

Apesar de apresentar uma elevada prevalência, afectando um em cada três adultos, ainda persiste muita falta de informação sobre a doença, o que constitui um sério obstáculo ao diagnóstico precoce e ao tratamento efectivo. Muitas pessoas não sabem que são hipertensas, porque nem sempre a HTA produz sintomas, e desconhecem os riscos de saúde associados. O resultado é a existência de inúmeros casos que carecem de diagnóstico, verificando-se também que, uma considerável percentagem dos doentes diagnosticados não tem acesso ao tratamento, ou as suas condições são mal controladas. Convém, no entanto, realçar que o auto-cuidado (acções e comportamentos que qualquer pessoa pode adoptar na sua vida diária) desempenha um papel essencial e determinante no combate à doença.

As doenças cardio e cerebrovasculares são a principal causa de morte em Portugal. Provocam cerca de 40 mil mortes anuais principalmente por AVC (20 mil óbitos/anos) e por enfartes do miocárdio (10 mil óbitos/anos). Segundo estudos nacionais recentes, em Portugal a prevalência de HTA é de 43,7%, sendo que, apenas, 46,2% dos portugueses hipertensos tem conhecimento da sua doença e somente 31% são medicados.

O crescimento e envelhecimento da população mundial associado a comportamentos de saúde nefastos (dieta desequilibrada, sedentarismo, consumo de álcool e tabaco) e a estilos de vida stressantes, contribuem fortemente para aumentar as probabilidades de desenvolver HTA. Todas as regiões do mundo são afectadas.

Em jeito de conclusão, gostaria de enfatizar que, apesar de constituir um sério problema de Saúde Pública, a HTA é prevenível e tratável. A detecção e tratamento precoces são a chave, sendo, por isso, fundamental a existência de políticas públicas que garantam o acesso de todos os cidadãos aos cuidados básicos de saúde (médicos e de enfermagem) de boa qualidade (que são efectivos e baratos), e devem ser prestados nos Cuidados de Saúde Primários (Centros de Saúde), tendo como principal objectivo promover a adopção de estilos de vida saudáveis, no sentido de prevenir o desenvolvimento de HTA e ajudar os que têm HTA a lidar com a doença de forma eficaz, contribuindo para o aumento da sua qualidade de vida.

Maria José Pacheco

Saúde depende de bem-estar social, mental e físico

Posted by [Dr Allan Marcio](http://www.controlesocialdesarandi.com.br/2009/10/28/saude-depende-de-bem-estar-social-mental-e-fisico/) - <http://www.controlesocialdesarandi.com.br/2009/10/28/saude-depende-de-bem-estar-social-mental-e-fisico/> - 28 de outubro de 2009 at 13:59

As definições de saúde são muitas e até mesmo ambíguas. Variam com as diferentes culturas e regiões porque conceituar saúde depende muito das aspirações e necessidades de cada grupo ou sociedade. Os termos empregados com mais frequência para exprimir saúde são: a simples ausência de enfermidade, estado de vigor físico-mental e bem-estar.

A definição de saúde mais difundida é da Organização Mundial da Saúde (OMS): "estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença". Essa preocupação com o "bem-estar social" se dá em virtude de a OMS ter sido criada no contexto do pós Segunda Guerra Mundial, quando se lamentava pela destruição com a guerra e o homem almejava a paz mundial.

Sendo "bem estar" algo tão genérico e universal, isso leva a crer que a saúde está em várias instâncias da vida do homem. Uma das formas de manifestação é a saúde mental. Emerson Oliveira encontrou no Conjunto Habitacional Carina, região sul de Maringá, a receita de muitas donas de casa para a preservação da saúde mental por meio do artesanato.

Também no Carina, Mariana Durski encontrou outra forma de manifestação da saúde: a saúde física. Ali vive uma distinta dona de casa que aos 77 anos pratica diariamente caminhadas matinais e ainda interage com os moradores do bairro. Dentre os benefícios da caminhada está a melhora da resistência cardiovascular e dos músculos, mas de nada valeria se as energias despendidas na caminhada não fossem supridas por uma boa alimentação.

É inocência acreditar que a alimentação é simplesmente o ato de comer. Abraham Maslow desenvolveu uma pirâmide chamada de “Hierarquia de necessidades de Maslow” na qual, segundo ele, o homem deve satisfazer as necessidades do nível mais baixo da pirâmide para o mais alto a fim de alcançar a auto-realização. As primeiras necessidades que o homem deve se preocupar em realizar, ou seja, do primeiro nível da pirâmide, são as fisiológicas, dentre elas a alimentação. Todavia, na correria da contemporaneidade a boa alimentação costuma ficar em último plano na vida das pessoas. Sobre alimentação como forma de prevenção de doenças e de equilíbrio entre o corpo e a mente confira a reportagem de Karen Faccin e Ivy Valsecchi.

A definição de saúde também possui implicações sociais e econômicas, como o direito a segurança, moradia e a bens de consumo. O abandono dos idosos pelos familiares é uma questão social grave que vai na contramão daqueles direitos, mas ainda assim acontece com frequência. Marcella Tait mostra, por meio de uma crônica, como o sentir-se abandonado pode ser prejudicial à saúde dos nossos velhinhos.

Além de tudo, a saúde é garantida pela Constituição como “direito de todo cidadão e, conseqüentemente, dever do Estado”. Mas todos estão carecas de saber que nem sempre esse direito é atendido. O saneamento básico, por exemplo, é fator primordial para a manutenção da saúde humana, e deveria ser garantido pelo Estado que, muitas vezes, prefere desviar recursos públicos para atender a interesses particulares e não da sociedade. A corrupção é abordada no texto de Paulo André Zarpelon, não com relação a saneamento, mas com relação às Olimpíadas de 2016, que não podem deixar de ser consideradas como um dos maiores eventos de exibição da superação da saúde humana.

Seja bem estar físico, mental ou social, a equipe Matéria Prima deseja que esta edição revigore a sua saúde, leitor, e que na menor das expectativas ajude-o a repensar nas formas como trata desse bem tão precioso.



A Trajetória Histórica da Saúde no Brasil...

Posted by [Dr Allan Marcio](http://www.controlesocialdesarandi.com.br/2013/03/20/a-trajetoria-historica-da-sade-no-brasil/) - <http://www.controlesocialdesarandi.com.br/2013/03/20/a-trajetoria-historica-da-sade-no-brasil/> - 20 de março de 2013



A trajetória da saúde no Brasil é composta por várias fases até o surgimento e a efetivação da Política Nacional de Saúde. Dentre elas, podemos destacar o Sanitarismo Campanhista, o período de 1945-1960, o Modelo Médico Assistencial Privatista, e por fim o Modelo Plural.

O Sanitarismo Campanhista foi uma campanha sanitária criada para conter surtos de epidemias graves como varíola, malária, febre amarela, chagas, etc. Osvaldo Cruz assumiu a diretoria do

Departamento de Saúde Pública e iniciou ações de combate às pestes. Essas ações eram realizadas pelos militares de forma autoritária e abusiva, sem os devidos esclarecimentos à população, o que causou revolta e protestos.

Com a chegada de Carlos Chagas ao Departamento de Saúde Pública, iniciou-se a propaganda e educação sanitária e a criação de órgãos especializados no combate às doenças, assistência hospitalar, infantil e de higiene industrial. As campanhas já atingiam também as áreas rurais. Em 1923 foi criado a Caixa de Aposentadoria e Pensão – CAPs, cuja assistência era oferecida somente a quem possuía vínculos trabalhistas. Em 1930 a CAPs foi substituída por Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, um sistema cooperativista organizado por categorias profissionais.

O período de 1945-1960, caracterizado como período pós-guerra e de implantação do Welfare-State, o governo Dutra implantou o Plano Salte, criou o Ministério da Saúde em 1953, intensificou as campanhas de vigilância sanitária e definiu os serviços básicos de saúde oferecidos à população. No ano de 1960, o governo implantou a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que unificou a legislação referente aos IAPs.

O período conhecido como Médico Assistencial Privatista teve início com o surgimento da assistência médica previdenciária, desencadeado com a criação do INPS em 1967 e INAMPS em 1977, que viabilizou a política dos convênios com os setores privados de assistência médica. Neste período, a assistência prestada através do INAMPS não era universal, beneficiando apenas aos indivíduos contribuintes da Previdência Social, a população não previdenciária tinha acesso muito restrito à saúde e eram atendidos apenas em serviços filantrópicos.

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual representa um marco histórico para a saúde, pois foi a primeira conferência aberta à sociedade e por meio dela foi implantado a SUDS. A Reforma Sanitária ganhou evidência através da conferência e trouxe mudanças inovadoras em todos os setores da saúde, contribuiu para reanimar os princípios democráticos pautados na defesa da universalização das políticas sociais, na construção de um sistema único de saúde tendo como base a intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização e a participação social.

Com a Constituição de 1988, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo regulamentado em 1990 com a LOS, que definiu seu modelo operacional, sua forma de organização, seus princípios doutrinários, objetivos e atribuições. Esse novo modelo de saúde vigente é denominado Modelo Plural, tendo como característica mais importante a universalização do atendimento e a participação da sociedade. É certo que ainda não chegamos a um modelo perfeito de atendimento, pois são muitas as lacunas existentes no sistema SUS, porém, se analisarmos os avanços e as conquistas na área da saúde nas últimas décadas, percebemos que temos muito a comemorar e a certeza que devemos continuar na luta para que os serviços prestados à população sejam realizados de forma digna, igualitária e que os atendimentos sejam oferecidos com qualidade.

Política de Humanização

A Política de Humanização surgiu em 2003 para efetivar os princípios do SUS, no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. Esta política nasceu da necessidade de se reverter o quadro de “desumanização” e outras problemáticas encontradas na política de saúde realizada através do SUS.

A questão da humanização é importante, pois o paciente será atendido na totalidade, não apenas será tratada a patologia, mas, sim, o todo que é o ser humano, trabalhando com a rede socioassistencial por meio de uma equipe multiprofissional. Devido a esta necessidade de mudança na política de saúde, muitos projetos de humanização vêm sendo desenvolvidos, por exemplo, na saúde da mulher, na humanização do parto e na saúde da criança com o projeto Mãe-Canguru, para os recém-nascidos de baixo peso, entre outros.

Podemos dizer que a Rede de Humanização em Saúde é uma rede de construção permanente e solidária de laços de cidadania, ressaltando a valorização do ser humano, a integração da equipe, a comunicação, e a conexão com outras políticas sociais. Serviço Social na Saúde Pública

O Serviço Social surgiu na América Latina, voltado para o âmbito da saúde, com a criação da Escola de Serviço Social “Dr. Alejandro Delrio”, em Santiago do Chile. O assistente social

ênfatiou a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da clientela, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde. Naquele período de surgimento do Serviço Social o trabalho realizado era caritativo e assistencialista, sendo o exercício da profissão voltado aos cuidados aos doentes e aos pobres.

Com o movimento de reconceituação, este perfil começa a se reverter, os assistentes sociais passam a lutar pela ruptura com o serviço social tradicional, passando a pensar criticamente na prática profissional, possibilitando a busca de um novo olhar para os problemas sociais e econômicos, favorecendo o processo de revisão crítica do Serviço Social.

Com isso a prática profissional do assistente social foi se consolidando e ganhando espaço nos diferentes seguimentos das políticas sociais. Com a consolidação do SUS, a saúde passou a ser um dos maiores campos de atuação dos assistentes sociais, pois a saúde passa a ser compreendida como um completo estado de bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças e invalidez.

A prática profissional vem se tornando necessária para a promoção à saúde; sua intervenção vem se ampliando, de forma que possa fazer uma conexão com os usuários, trabalhando na garantia dos seus direitos, seja em nível de promoção, proteção e ou recuperação da saúde. Para uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde, o profissional deve estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, entre outros.

Deste modo, a política da Saúde e o Serviço Social devem ofertar a promoção à saúde, garantindo os preceitos democráticos, relacionados ao acesso universal e igualitário como dever do estado, permitindo assim, que o assistente social possa intervir e garantir o cumprimento dos direitos assegurados por lei ao usuário.

Fonte: Serviço Social e Cidadania

A participação popular na gestão pública no Brasil

Posted by [Dr Allan Marcio](#) – 7 de abril de 2013 at 12:57

<http://www.controlesocialdesarandi.com.br/2013/04/07/a-participacao-popular-na-gestao-publica-no-brasil/>

Leia também:

Vale a pena outro...Clique!!

- [Como deve ser exercido o Controle Social?](#)
 - [Qual a finalidade dos Conselhos?](#)
- [Qual a importância da "Publicização" das ações do Governo ?](#)
 - [Controle social ou alienação?](#)
- [O CONTROLE SOCIAL E SEU FUNDAMENTO LEGAL...2a Parte](#)
- [O CONTROLE SOCIAL E SEU FUNDAMENTO LEGAL...Final](#)
- [ENTENDA O SIGNIFICADO DA FUNÇÃO JURÍDICA DO "ATO DE DELIBERAR" NOS CONSELHOS MUNICIPAIS](#)
 - [Quais os elementos que compõem o Controle Social ?](#)
 - [Os Conselhos Municipais...estão sendo respeitados em sua Soberania???](#)
 - [Qual o poder dos Conselhos ?](#)



Resumo

A proposta deste artigo é examinar a participação popular na gestão pública, como pressuposto do sistema democrático-participativo adotado no Brasil com a Constituição Federal de 1988. A partir do enfoque jurídico, opta-se inicialmente por delinear o perfil constitucional do Estado brasileiro, em conformidade com a ordem jurídica estabelecida a partir de 1988. Também, sob esse prisma, serão traçados os contornos da participação popular na gestão pública, tendo em vista a chamada concepção contemporânea de cidadania e de democracia.

A DEMOCRACIA PARTICIPATIVA

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 consagra-se uma nova ordem jurídica e política no país. A década de oitenta, considerada por muitos como uma década perdida do ponto de vista da economia, trouxe no campo social um conjunto de inovações que pretendem dar ao Estado brasileiro uma feição democrática sepultando, de uma vez por todas, as mazelas do regime autoritário. Sem a menor dúvida a Constituição Federal de 1988 pode ser considerada um marco da transição democrática brasileira.

As inovações consagradas na Constituição de 1988 colocaram o Brasil como um dos países de legislação mais avançada, no que diz respeito à proteção aos direitos humanos econômicos, sociais e culturais. Contudo, essas inovações tendem a não surtir o efeito esperado, na medida em que a sociedade brasileira desconhece seus direitos e em que proporção eles são protegidos pelo Estado, permitindo que setores conservadores façam “tábua rasa” das conquistas sociais presentes no texto constitucional.

Dessa forma, o primeiro passo a ser dado na construção de uma sociedade verdadeiramente democrática é possibilitar ao cidadão o acesso à informação de em que medida seus direitos são protegidos pelo Estado e de que forma eles podem acionar o poder público na defesa desses direitos. Essa, sem dúvida nenhuma, é uma tarefa, também, da educação em nosso país qualquer que seja a sua origem (pública estatal, pública não-governamental ou privada). Essa tarefa está relacionada à noção de que a educação só é legítima quando se propõe a construir a cidadania em relação ao indivíduo e a democracia em relação à sociedade. Feitas essas considerações iniciais passaremos a discutir nas próximas linhas a participação popular, enquanto direito consagrado em nossa atual Constituição.

Para a professora Flávia Piovesan (2000) a partir da Constituição de 1988, há uma redefinição do Estado brasileiro, bem como dos direitos fundamentais. Em seu preâmbulo, a Carta de 1988 define a instituição de um Estado democrático: “destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos [...]”. Dentre os princípios que alicerçam o Estado brasileiro destacam-se a cidadania e a dignidade da pessoa humana conforme previsto no artigo 1º, incisos II e III.

Mais adiante, a Constituição de 1988 consagrou, entre seus princípios fundamentais, a “participação popular” na gestão pública como direito à dignidade da pessoa humana. Em seu artigo 1º, parágrafo único, o legislador constituinte, expressa o princípio da soberania popular pelo qual “todo o poder emana do povo” que o exerce através de seus representantes ou “diretamente”, na forma estabelecida pela Constituição. Este princípio reúne as concepções de democracia direta e democracia representativa, de modo a somar seus efeitos em benefício da coletividade, objetivo final do Estado e da Administração Pública.

Para Dallari (1996, p.13-51), a participação popular prevista na Constituição Federal de 1988 é um princípio inerente à democracia, garantindo aos indivíduos, grupos e associações, o direito não apenas à representação política, mas também à informação e à defesa de seus interesses. Possibilita-lhes, ainda, a atuação e a efetiva interferência na gestão dos bens e serviços públicos.

Essa noção de “participação popular” está intrinsecamente ligada à própria concepção de cidadania que está prevista em nossa Carta Magna que vai além da concepção liberal de titularidade de direitos civis e políticos, que reconhece o indivíduo como pessoa integrada na sociedade, onde o funcionamento do Estado estará submetido à “vontade popular”, como base e meta essencial do regime democrático e do Estado de Direito (SILVA, 1992, p. 102-107). Nesse sentido, é que nossa Carta Constitucional é considerada por muitos uma Carta cidadã. Dallari (1996, 1996, p.13-51) refere-se a esta questão da seguinte forma:

a participação popular significa a satisfação da necessidade do cidadão como indivíduo, ou como grupo, organização, ou associação, de atuar pela via legislativa, administrativa ou judicial no amparo do interesse público – que se traduz nas aspirações de todos os segmentos sociais.

Além desta norma genérica vários artigos da Constituição de 1988 prevêem a participação do cidadão na gestão pública, seja através da participação da comunidade, no sistema único de saúde e na seguridade social (art. 198, III e art. 194, VII); seja como, “participação efetiva dos diferentes agentes econômicos envolvidos em cada setor da produção” (art. 187, caput). E ainda, nos casos da assistência social e das políticas referentes à criança e ao adolescente onde a participação da população se dá “por meio de organizações representativas” (art. 204, 22).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado pela lei 8.069/90, dá conteúdo ainda mais preciso às inovações introduzidas na Constituição de 1988 no que diz respeito à participação popular na discussão de políticas públicas de proteção à criança e ao adolescente. Assim os Conselhos da Criança e do Adolescente – considerados obrigatórios seja a nível nacional, estadual ou municipal – “deverão ter assegurados a paridade entre organizações representativas da população e os órgãos do governo” (art.88,I).

Na área da saúde, a legislação federal introduz em todo o país a participação da sociedade na gestão pública, mediante conferências de saúde – órgão de caráter propositivo – e dos conselhos de saúde, a quem compete formular estratégias e controlar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. (BRASIL.Lei, 1990b).

Ainda na esfera federal, a lei 9394/96 que institui as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) pressupõe a participação do cidadão na gestão democrática do ensino público de acordo com as peculiaridades e conforme os seguintes princípios: I – participação dos profissionais da educação na elaboração do projeto pedagógico da escola; II- participação das comunidades escolar e local em conselhos escolares ou equivalentes (LDB, art.14, I e II). Já a lei 9424/96, que dispõe sobre o fundo de manutenção e desenvolvimento do ensino fundamental e de valorização do magistério (FUNDEF), diz que os recursos federais do FUNDEF serão objeto de controle social sobre a repartição, aplicação e transferência, junto aos respectivos governos, por

conselhos a serem instituídos em cada esfera no prazo determinado pela lei (180 dias a contar da data da vigência da lei).

Por outro lado as Constituições Estaduais, por iniciativa de seus legisladores, diante do chamado “efeito dominó” estenderam a participação popular a diversas outras áreas, notadamente àquela referente ao monitoramento das políticas sociais. Na mesma trilha as leis orgânicas municipais contemplaram várias formas de participação direta do cidadão no planejamento municipal com destaque para os conselhos municipais, o orçamento participativo e as audiências públicas.

Neste cenário, o fato novo e de grande repercussão para os gestores públicos em geral, foi a entrada em vigor da lei complementar nº 101 de 04 de maio de 2000, lei de responsabilidade fiscal, que se aplica a União, estados e municípios estabelecendo o seguinte: deve haver ampla divulgação dos planos e do orçamento durante o processo de elaboração e discussão; os processos de elaboração das leis orçamentárias devem ser transparentes, isto é, claros, públicos, com incentivo à participação popular e a realização de audiências públicas (art. 48, § único); as contas deverão ficar disponíveis durante todo o exercício para consulta e apreciação pelos cidadãos e instituições da sociedade (art. 49); para o acompanhamento e avaliação da gestão fiscal, a lei prevê a criação de um conselho fiscal, constituído de representantes de todos os poderes, inclusive, do Ministério Público e de entidades técnicas representativas da sociedade (art.67). Por outro lado, é de se observar o surgimento de outras formas de participação direta ou semidireta no Brasil, com a criação de ouvidorias, e a instituição de serviços de apoio à participação popular (PROCON, defensorias públicas etc.) que ampliam o campo de incidência da participação popular.

Em síntese, extrai-se do sistema constitucional e infraconstitucional brasileiro os delineamentos de um Estado constitucional democrático mais conhecido como democracia participativa. Sem dúvida, a concepção que busca articular a democracia representativa com mecanismos de democracia direta é chamada de democracia participativa. Ela se opõe tanto à concepção pluralista de democracia (democracia direta), quanto, sobretudo, a uma concepção minimalista de democracia, que é denominada de “democracia legal” proposta pelos liberais.

Para Lyra (2000, p.17) só há participação popular efetiva quando existe democracia participativa, quando o cidadão pode “[...] apresentar e debater propostas, deliberar sobre elas e, sobretudo, mudar o curso de ação estabelecida pelas forças constituídas e formular cursos de ação alternativos [...]”, ou seja, sempre que houver formas de o cidadão participar, decidindo, opinando, diretamente, ou de forma indireta, por meio de entidades que integra, a respeito de uma gama diversificada de instituições, no âmbito da sociedade (família, empresas, mídias, clubes, escolas etc.) ou na esfera pública (conselhos, orçamento participativo, plebiscito, referendo etc.).

Fica claro, portanto, que a democracia participativa não se confunde com a democracia representativa, embora possa coexistir perfeitamente com ela, como, aliás, ocorre no Brasil. Nas palavras de Lyra (2000, p.18) “[...] os constituintes optaram por um modelo de democracia representativa, com temperos de princípios e institutos de participação direta do cidadão no processo decisório governamental “.

Para Rocha um dos primeiros teóricos a falar da democracia participativa foi Macpherson. Ele considerava o regime soviético uma forma de institucionalização, ainda que falha, da democracia direta. Mesmo se o estudo do caráter dos regimes ditos socialistas está longe de ter avançado, poucos sustentariam hoje que eles tenham configurado algum tipo de democracia. Na verdade, muito pouco tem a ver as atuais experiências de democracia direta com os modelos conceituais formulados por Macpherson (ROCHA,2001a:58).

No seu livro *A democracia liberal*, Macpherson mostra-se favorável à democracia participativa, combinada com a representativa “um sistema piramidal com a democracia direta na base e a democracia por delegação em cada nível depois dessa base”. Trata-se de um sistema de delegação seqüenciado para cima, com a organização de conselhos de cidades, da região, até o topo da pirâmide, com a organização de um conselho nacional. (MACPHERSON, 1978:110).

Em seu livro *A ascensão e queda da justiça econômica*, Macpherson se rende às dificuldades para a construção de uma democracia participativa nos moldes das democracias ocidentais, estimando que os grupos de pressão organizados na sociedade civil, não teriam condições de harmonizar a lógica interna de seu funcionamento e/ou defesa de seus interesses particulares, com o envolvimento de seus integrantes em práticas participativas voltadas para o bem comum (MACPHERSON, 1991, p.80). As formulações de Macpherson sobre o tema mostram-se bastantes defasadas da democracia participativa na atualidade. Em particular da que floresce no Brasil caracterizada pela rica diversidade de suas experiências.

Outra contribuição importante para a formulação da concepção de democracia participativa foi a teoria de Nicos Poulantz sobre a democracia direta formulada nos anos 70. Na perspectiva de Poulantz, a disseminação da democracia direta, sob a forma de focos embrionários de poder popular se confundiria com o desabrochar das instituições socialistas. Para Poulantz a transição do capitalismo para o socialismo consistiria em impulsionar a proliferação de centros de democracia direta, a partir das lutas populares que extravasam sempre, e de muito, o Estado (POULANTZ apud ROCHA, 2001a, p.:62).

No Brasil Weffort (1992, p.85), afirma que a luta pela consolidação da democracia participativa em nosso país se torna uma estratégia, utilizada pelos movimentos sociais, ONGs, igreja etc. para efetivação da cidadania e, conseqüentemente, a instalação de uma sociedade mais justa e igualitária. Para aqueles que consideram a democracia um regime fundamental e a reforma um instrumento válido para a transformação social, a democracia participativa se constitui em ingrediente indispensável.

Por fim, podemos concluir que a participação veio a dar a tônica contemporânea da democracia no Brasil. Cumpre-se, portanto, examinar a participação popular enquanto requisito essencial à cidadania. Dentro dessa realidade e com base no texto da Declaração Universal de 1948, podemos fixar as linhas de um novo direito social em formação, representado pelo direito que tem cada pessoa a participar ativamente no processo de desenvolvimento de sua comunidade ou de seu município.

A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA GESTÃO PÚBLICA

O despertar da sociedade civil e a participação ativa de seus setores no processo de desenvolvimento da sociedade constituem fenômenos marcantes da história atual. A substituição das antigas formas paternalistas, autoritárias e clientelistas pelas práticas e processos democráticos, em que o cidadão passa a atuar, fiscalizar e tomar iniciativas, através de comunidades, grupos de múltipla atuação e movimentos sociais, passa a ser uma exigência àquelas sociedades que querem se considerar verdadeiramente democráticas, isto é, a substituição do paternalismo pela participação é um imperativo da moderna política social.

Ser cidadão não se trata apenas de receber os benefícios do progresso, mas de tomar parte nas decisões e no esforço para sua realização. Em lugar de ser tratado como objeto das atenções paternalistas dos donos do poder, o cidadão passa a ser reconhecido como sujeito histórico e protagonista no processo de desenvolvimento. Trata-se de uma exigência decorrente da natureza inteligente e responsável da pessoa humana. Na medida em que se queira respeitar a dignidade da pessoa humana, é preciso assegurar-lhe o direito de participar ativamente na solução dos problemas que lhe dizem respeito.

Dentro desse quadro, vimos que a Constituição de 1988 consagrou, entre seus princípios fundamentais, a participação popular na gestão pública como direito à dignidade da pessoa humana, determinando que o regime político no Brasil é não apenas representativo, mas, também participativo (MONTORO, 1999, p.17).

Contudo, o princípio da participação popular previsto em nosso ordenamento tem sido interpretado de várias maneiras pelos diversos atores sociais, seja através de estratégias de manipulação da opinião pública (populismo), seja para negar qualquer condição de institucionalidade à participação popular. Vejamos algumas dessas posições para ao final apresentar nossa concepção de participação popular.

As formas de participação popular podem ser classificadas com base em diversos critérios. Ferrier (apud DALLARI, 1996, p.13-51) adota o sistema correlativo às formas de exercício da democracia, e as divide em: Participação ideológica – é a participação mediata, visto que entre o administrado e a Administração Pública há um representante eleito que agirá em nome dos cidadãos perante o poder público. Aqui, o cidadão participa representado pelos parlamentares eleitos; Participação psicológica – ocorre normalmente em nível local (municipal), onde a distância entre o cidadão e o poder público é muito menor. Com isso, o particular tem maiores possibilidades e oportunidades de influenciar nas decisões da Administração Municipal e de pressionar para que elas sejam colocadas em prática. Por essa razão é que a descentralização e a autonomia municipal são de fundamental importância para a efetivação da participação popular. Aqui, de forma não institucionalizada, o cidadão tem um maior poder de influência junto à Administração da cidade; Participação direta – Nesse caso, não existe entre a administração e o cidadão um intermediário. O indivíduo, pessoalmente ou através de grupos ou associações representativas, interferirá na elaboração das leis, nas decisões administrativas e na gestão de bens e serviços públicos. Aqui, a participação da população na gestão do município ocorre de forma institucionalizada e concreta, através de mecanismos legais.

Por sua vez, a professora Maria Silvia Zanella Di Pietro divide as formas de participação popular em duas grandes modalidades: formas de participação direta, como, por exemplo, a iniciativa popular legislativa, o referendo, o plebiscito; e formas de participação indireta, como a participação por meio de ouvidor, ou através da atuação em conselhos. Outro critério de classificação corresponde às possibilidades de participação democrática dentro de cada um dos poderes do Estado definidos por Montesquieu (DI PIETRO apud ROCHA, 2001a:134). Com base nesse critério, pode-se conceber, uma estrutura como a que se segue: poder legislativo: a consulta prévia, as audiências públicas, iniciativa popular, plebiscito ou referendo; poder executivo: conselhos de gestão, direito de petição, ouvidor (ombudsman); poder judiciário: ação popular, representação ao Ministério Público e ação civil pública.

Maurizio Cotta (apud TEIXEIRA, 1998, p. 216) propõe quatro distinções que englobam as várias formas de participação concebidas, ou de alguma forma exercitadas, em alguns regimes políticos. A primeira, entendida na dicotomia – participação indireta (sentido amplo) e participação direta (sentido estrito). A participação indireta abarca todas as manifestações do cidadão no sentido da incorporação ao sistema político, desde os atos eleitorais até ações que visam a definir orientações políticas dos órgãos de poder ou de controlá-los através de mecanismos de intermediação. A participação direta envolve a ação direta, sem intermediação, nas várias instâncias de decisão. A segunda visão é tida como alternativa à crise do sistema representativo, principalmente por movimentos de caráter comunitaristas, de base localista, que investem na virtude cívica dos cidadãos, minimizam a complexidade e diferenciação da sociedade contemporânea e propugnam o autogoverno como solução para todos os males.

Outra distinção apresentada por Cotta (apud TEIXEIRA, 1998, p. 216), diz respeito à participação orientada à decisão e à participação orientada à expressão; a primeira caracteriza-

se pela intervenção de forma organizada no processo decisório e tem sido enfatizada, até pelos seus críticos, como elemento fundamental e definidor do conceito. A segunda, voltada para a expressão, ainda que possa apresentar impacto ou influência no processo decisório, tem o caráter, mais simbólico, de marcar presença na cena política e não é muito estudada pela ciência política.

Segundo Lima (1983, p. 21-39), a participação popular pode ser vista por dois enfoques básicos: o enfoque funcionalista e o histórico cultural. Do ponto de vista funcionalista, a participação da população seria considerada um meio de se obter apoio para programas oficiais de desenvolvimento social, uma vez que sem esta o programa não poderia se concretizar; ou um meio de se aproveitar melhor os próprios recursos da população. A partir desta abordagem, a participação é explicada pelas características culturais e sociais de indivíduo e grupos, que superariam a defasagem de participação através da organização e mobilização em programas de desenvolvimento, através da mudança de valores tradicionais para valores urbanos e modernos.

Nesta concepção, problemas sociais como saúde, emprego, moradia etc., são vistos como decorrentes da falta de integração da população à sociedade, por razões de ordem cultural como a ignorância, atraso, apatia etc., que devem ser superados com a introdução de programas sociais que incentivem a participação da população através da introdução de valores modernos e de tecnologia. O enfoque histórico-estrutural da participação popular privilegia a noção de estrutura econômica, política e ideológica nas formações sociais concretas, procurando, nas diferentes etapas históricas, as causas que geram a marginalidade e a participação. As relações de produção, assim como suas expressões ideológicas e políticas, são vistas como fundamentais para explicar as formas de participação social e cultural.

Para Dallari (1996, p.80), ao falarmos em participação popular nas políticas públicas, devemos diferenciar a participação real da participação formal. A participação formal é a prática de formalidades que só afetam aspectos secundários do processo político. A participação real é aquela que influi de algum modo nas decisões políticas fundamentais.

A novidade, no Brasil, nos anos 80, é justamente a idéia de que esse controle seja feito pela sociedade através da presença e da ação organizada de seus segmentos. O processo de democratização trouxe à cena novos atores e questões na esfera das relações Estado-sociedade. Do lado da sociedade, torna-se visível a presença de uma diversidade de atores. Do lado do Estado, vai-se firmando sua dimensão de espaço de representação e pactuação. O processo de participação deixa de ser restrito aos setores sociais excluídos pelo sistema e pretende dar conta das relações entre o Estado e o conjunto de indivíduos e grupos sociais, cuja diversidade de interesses e projetos integra a cidadania, disputando com igual legitimidade espaço e atendimento pelo poder estatal.

O sociólogo basco Jordi Borja (apud SOARES, 1996, p. 31-39), referindo-se a esta questão, afirma a necessidade de uma tripla credibilidade do Estado democrático, honesto, eficaz, envolvendo representação em todos os níveis, descentralização, transparência nos seus gastos e abertura de diálogo. Considera o autor que a participação é antes um problema do Estado e de seu governo do que da sociedade.

Borja (apud SOARES, 1996, p. 31-39), analisando a crise do Estado europeu a partir dos anos 60/70, caracterizada pelo alargamento crescente do distanciamento entre representantes e representados, passa a afirmar que o grande desafio da esquerda seria o de reformar o Estado atual, no sentido da descentralização e da participação cidadã. Considerando que os parlamentares não dão mais conta de toda a diversidade presente nas sociedades

contemporâneas o centro da crise situa-se na equação entre o aumento da expectativa em relação à plena cidadania e os mecanismos de decisão dominantes nas agências públicas.

A expressão “participação popular” foi, também, muito usada para descrever a ação desenvolvida pelos movimentos populares, sobretudo os urbanos, nas últimas décadas, em grande parte de caráter reivindicativo, ou de protesto. Esta visão colocava-se como antiestado embora tivesse o Estado como alvo de suas reivindicações, e a política concebida como ação apenas no cotidiano, sem nenhuma relação com o institucional. A reflexão teórica é substituída pela troca de experiências, com a idealização do saber popular (TEIXEIRA; CARVALHO, 1996, 61-70).

Por outro lado, a expressão foi concebida com evidente sentido ideológico, em termos de privilegiar os segmentos sociais mais explorados principalmente urbanos, em detrimento de setores sociais definidos fora do campo popular. (DANIEL, 1996: p.21-26).

Ademais, a expressão também foi utilizada por governos e organismos internacionais para envolver segmentos dominados da população em projetos e políticas governamentais, inclusive como estratégia de cobrir insuficiência de recursos, além de objetivos de manipulação ideológica, pretendendo conferir legitimidade a governos, ou mesmo na estratégia de privatizar certas atribuições até então conferidas ao Estado.

Diante disso, Rocha (2001a) propôs a construção de um quadro teórico que agrupe as diversas concepções sobre participação popular em três categorias básicas de análise histórico-teórica das formas de representatividade da participação popular na gestão pública, a seguir resumidas, pretendendo, com isto, estabelecer as bases para reflexão sobre o tema:

a) Participação popular comunitária: a idéia da participação comunitária apareceu no início deste século, representando um novo padrão de relação Estado-sociedade no setor da educação, para dar respostas ao grave problema da relação entre pobreza e educação. Caracterizou-se por dirigir-se aos mais pobres, através das escolas comunitárias, por ressaltar os valores da educação, do trabalho e do coletivismo como caminhos do progresso. Para estas concepções a comunidade era definida como social e culturalmente homogênea, com identidade própria e uma suposta predisposição à solidariedade e ao trabalho voluntário de auto-ajuda. O Estado, por sua vez, estimula em muitos casos, a capacidade de a comunidade unir-se, organizar-se, esforçar-se, enquanto solução em si mesma. A população deixa de ser alvo inerte de uma ação controladora e passa a ser chamada a cumprir um papel minimamente ativo e consciente.

b) Participação popular contestatária: Nos anos 70, a participação passa a ter um sentido explícito de luta e contestação contra as limitações governamentais à tentativa de conquista da educação pelas classes populares. O espaço de participação ultrapassa os limites do setor de educação, alcança o conjunto da sociedade e do Estado e ocorre uma radicalização da prática ao se articular a mobilização dentro das instituições de educação, como as formas de luta, resistência e organização das classes populares. Para estas teorias, qualquer forma de aproximação com o Estado é vista como cooptação e o sentido da participação é o de acumular forças para a batalha permanente pela mudança geral do modelo existente.

c) Participação popular cidadã e o controle social do Estado: o Estado democrático e de direito reconhecem a necessidade de defender a sociedade contra os eventuais excessos no funcionamento da máquina estatal, através da divisão de funções entre os poderes e de mecanismos recíprocos de controle, em nome da sociedade. A novidade nos anos 80 é justamente a idéia de que esse controle seja feito pela sociedade através da presença e da ação organizada de seus segmentos. O processo de abertura política e redemocratização do país trouxe à cena novos atores e orientou a ação para a criação de espaços públicos não-estatais de pactuação e superação dos obstáculos pelo diálogo e pelo consenso. Do lado da sociedade,

torna-se visível a presença de diversos atores sociais, cuja diversidade de interesses e projetos integra a cidadania, disputando com igual legitimidade espaço e atendimento pelo poder estatal.

Neste caso, a categoria central deixa de ser a comunidade ou o povo e passa a ser a sociedade civil organizada, tendo sua base na universalização dos direitos sociais, econômicos, culturais e ambientais, na ampliação da dimensão da cidadania e da democracia, e numa nova compreensão do caráter e do papel do Estado pós-moderno.

A construção destas categorias de análise nos permite ter uma melhor compreensão do marco referencial da participação de setores populares na definição das políticas públicas, revelando os estágios da reforma democrática do Estado brasileiro, que parece ainda estar em curso.

Entendemos que a dimensão atual da participação popular difere das duas primeiras acima mencionadas. Na verdade impõe-se a terceira concepção proposta, como sugere Telles (1994, p.15-24): “requalificar a participação popular nos termos de uma participação cidadã que interfere, interage e influencia na construção de um senso de ordem pública regida pelos critérios da equidade e justiça”. Entendemos por participação cidadã, a formulação apresentada por Borja (apud SOARES, 1996, p. 31-39) e Teixeira (1998, p. 218), como sendo:

O processo complexo e contraditório de relação entre sociedade civil, Estado e mercado. Neste processo, os atores redefinem seus papéis no fortalecimento da sociedade civil, através da atuação organizada dos indivíduos, grupos, associações, tendo em vista, de um lado, a assunção de deveres e responsabilidades políticas e, do outro lado, a criação e exercício de direitos, no controle social do Estado e do Mercado em função de parâmetros definidos e negociados nos espaços público.

Nesta perspectiva, a participação cidadã diferencia-se da participação social e comunitária, na medida em que não busca realizar funções próprias do Estado, como a prestação de serviços. Não se constitui, outrossim, na mera participação em grupos ou associações para defesa de interesses específicos, ou simples expressão de identidades. Essa dimensão da participação popular, própria da sociedade civil, é a que garante o exercício da democracia para além dos espaços formais de poder e da representatividade eleitoral. Esta perspectiva leva em conta os interesses do conjunto da população, em especial dos excluídos e dos pobres, e tenta refletir uma visão abrangente e integrada do território, da sociedade e das questões do desenvolvimento e que se volta estrategicamente para o médio e o longo prazo.

A participação cidadã é vista como um processo capaz de gerar uma nova dinâmica de organização social, fomentando a intervenção da população nas políticas públicas. Não se esgota dentro do projeto, mas relaciona-se diretamente com questões amplas, tais como democratização, equidade social, cidadania e defesa dos direitos humanos. Neste sentido, requer a democratização do poder sobre o uso de recursos financeiros e sobre a definição e implementação de políticas públicas.

Por fim, conclui-se que o sucesso da atuação do Estado, no que tange à consolidação da cidadania, está absolutamente condicionado à tarefa de reinventar a atuação estatal sob uma nova lógica e referência. Essa referência é a concepção inovadora de cidadania que põe como requisito essencial a participação do cidadão na gestão pública nos seus três níveis de atuação.

ARS GRATIA ARS

“A arte salvará o mundo” – Dostoievski - eis que da natureza do homem, como a natureza é a arte de Deus (Baylei)

CINEMA

<http://www.adorocinema.com> - <http://cadernodecinema.com.br>

<http://cinemacomrapadura.com.br/criticas/83074/kill-bill-volume-2-2004-83074/>

<http://www.museudocinema.com.br/>

<http://www.devotudoaocinema.com.br/2013/08/de-olhos-bem-fechados.html>

<http://www.cinematca.gov.br/>

Associação Psicanalítica de Porto Alegre - APPOA

Seminário:

O DIVÃ E A TELA - 2016

Coordenação:

Enéas de Souza e Robson Pereira

Tema: PSICANÁLISE, CINEMA E OUTRAS ARTES



15 de abril: ARQUITETURA

MIAMI VICE

Diretor: Michael Mann
(2006)

13 de maio: MÚSICA

BIRD

Diretor: Clint Eastwood
(1988)



17 de junho: LITERATURA

NA ESTRADA

Diretor: Walter Salles
(2010)

19 de agosto: DANÇA

TANGO

Diretor Carlos Saura
(1998)



16 de setembro: ARTES PLÁSTICAS

A CAVERNA DOS SONHOS ESQUECIDOS

Diretor: Werner Herzog
(2010)

14 de outubro: TEATRO

TRONO MANCHADO DE SANGUE

Diretor: Akira Kurosawa
(1957)



(ENTRADA FRANCA)

- Sempre às sextas-feiras às 19 horas -

Rua Faria Santos, 258 - Bairro Petrópolis/Porto Alegre
fones: (51) 3333.2140 - 3333.7922 - appoa@appoa.com.br - www.appoa.com.br

VIDEO

<HTTPS://WWW.FACEBOOK.COM/SAMUELBECKETTPAGE/VIDEOS/10152062297363131/?THEATER>

A SOCIEDADE DOS ARTEFATOS

O sociólogo Laymert Garcia dos Santos, doutor pela Oxford University e professor titular da Unicamp tem nos brindado com vários artigos e um brilhante livro sobre este processo, tendo, recentemente comparecido ao Programa “Invenção do Contemporâneo” na TV Cultura, no qual apresentou seu olhar nesta além-modernidade.

(<http://www.cpfcultura.com.br/2009/08/04/integra-modernidade-e-a-dominacao-da-natureza-laymert-garcia-dos-santos/>)

LIVROS=TEATRO

Um país se faz com homens e livros – M.Lobato

<http://homoliteratus.com>

O SOBRADO

Da obra O Tempo e o Vento, de Erico Verissimo.

Única apresentação dia 29/04, SEXTA-FEIRA, às 20h no Teatro da Santa Casa, em Porto Alegre que será feita especialmente para as pessoas que contribuirão na nossa campanha "O SOBRADO EM PORTUGAL"!

INGRESSOS À VENDA no site kickante ATÉ 11/04!

Fomos convidados para apresentar a peça em dois festivais, em Lisboa e Coimbra, e contamos o apoio de vocês para realizar este sonho.

Entre no site, assista o vídeo, e apoie nossa campanha! É pela internet, fácil e seguro, e tem vários tipos de recompensa para escolher: Ingresso para a peça, oficinas de teatro, ecobag do Grupo Cerco entre outras coisas legais.

Contamos com o apoio de vocês!

<http://www.kickante.com.br/campanhas/o-sobrado-no-brasil-e-em-portugal-0>

Os INGRESSOS podem ser adquiridos SOMENTE ATRAVÉS DO SITE do Kickante no link: <http://www.kickante.com.br/campanhas/o-sobrado-no-brasil-e-em-portugal-0>

Sinopse

O Sobrado é uma adaptação cênica de sete capítulos da obra literária O Continente, que integra a trilogia O Tempo e o Vento, de Erico Verissimo. A ação se passa em 1895, quando o chefe político republicano Licurgo Cambará se encontra sitiado em sua casa, junto à sua família e correligionários, sob o cerco de tropas federalistas. Fechados no sobrado durante dez dias, com pouca comida, água e munição, os personagens da trama relacionam-se em um meio perturbado e agonizante, enquanto a morte se faz presente dentro e fora da casa. Nesse ambiente angustiante, Licurgo resiste à invasão dos maragatos e, intolerante, se recusa a pedir trégua aos inimigos. Permeiam nessa obra-prima da literatura gaúcha o patriarcalismo, o belicismo, a relação com a terra e a presença forte e constante das mulheres, fazendo o espectador vislumbrar a formação da sociedade gaúcha.

Autor Erico Verissimo / Direção Inês Marocco / Elenco Celso Zanini, Eduardo Schimidt, Elisa Heidrich, Isandria Fermiano, Gustavo Muller, Manoela Wunderlich, Marina Kerber, Martina Fröhlich, Paulo Roberto Farias, Philippe Philippsen, Rita Maurício, Rodrigo Fiatt, Ursula Collischonn / Dramaturgia Celso Zanini, Elisa Heidrich, Isandria Fermiano, Marina Kerber, Mirah Laline e Rodrigo Fiatt / Trilha sonora original Celso Zanini, Luís Franke, Martina Fröhlich e Philippe Philippsen / Adaptação e criação Grupo Cerco / Cenografia Elcio Rossini / Figurinos Rô Cortinhas / Iluminação Cláudia de Bem / Duração do espetáculo 1h45min / Classificação 14 anos.

Campanha "O Sobrado em Portugal": <http://www.kickante.com.br/campanhas/o-sobrado-no-brasil-e-em-portugal-0>

Curta a nossa página: <http://www.facebook.com/GrupoCerro>
Acesse o nosso blog: <http://grupocerco.wordpress.com/>
Contato com a produção: teatrodocerco@gmail.com ou [\(51\) 94234909](tel:(51)94234909) (Thalen)

Alguns depoimentos sobre o espetáculo:

“Vocês são muito bons no que fazem e a peça O Sobrado, particularmente, é contagiante. Esta peça divulga duas facetas da cultura gaúcha e brasileira para

o mundo: a literatura e o teatro. Um aspecto cultural nosso, ainda pouco conhecido no exterior, e muito importante.”

Angélica Boff

“O Sobrado foi uma grande surpresa. Consegue ser extremamente teatral (...) e ao mesmo tempo fiel ao texto original. Gostei muito.”

Luís Fernando Verissimo

“Assisti a esse 'espetáculo' de espetáculo teatral na minha cidade natal, Rio Grande, e recomendo, principalmente pela interpretação do elenco e pela direção cênica inacreditavelmente rica e criativa. É mais do que uma peça de teatro, é uma aula!”

André Barros

“Um grupo composto por alguns dos artistas que mais admiro em Porto Alegre. Além de talentosos, sei da seriedade com que levam sua arte. Orgulho de morar numa cidade com um povo desses!”

Rodrigo Aguiar

“Acompanho o trabalho do Grupo Cerco e sei da qualidade dele. É importante que possamos levar a outros países uma imagem bonita do que se faz aqui.”

Ursula Gerhardt

“Este é um espetáculo para se ver sempre, muitas vezes, e com o coração nas mãos.”

Antônio Hohlfeldt

Bom espetáculo!

LIMPANDO A LINGUA COM MACHADO

http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/ResultadoPesquisaObraForm.do?first=50&skip=0&ds_titulo=&co_autor=&no_autor=machado%20de%20assis&co_categoria=2&pagina=1&select_action=Submit&co_midia=2&co_obra=&co_idioma=&colunaOrdenar=null&ordem=null

A Ela Machado de Assis [bv] Biblioteca Virtual do Estudante Brasileiro / USP
--

TELEVISÃO

Arte 1 – O Canal - arte1.band.uol.com.br/o-canal/

O **Arte 1** é o primeiro **canal** brasileiro com uma programação inteiramente dedicada à **arte** e à cultura. Dança, música clássica e popular brasileira, cinema

TV Escola: Principal

tvescola.mec.gov.br/

A TV Escola é o canal da educação. É a televisão pública do Ministério da Educação destinada aos professores e educadores brasileiros, aos alunos e a todos .

CRÔNICAS , CONTOS E ETERNAS REPORTAGENS

Oração matinal.da auto-destruição, único caminho da coerência.

Recitar logo depois de escovar os dentes...

“Pois é, Chefe. E eu sou nada, não sou nada, não sou nada... Não sou mesmo nada, nadinha de nada, de nada... Sou a coisinha nenhuma, o senhor sabe? Sou o nada, coisinha mesma nenhuma de nada, o menorzinho de todos. O senhor sabe? De nada. De nada... De nada...”

Guimarães Rosa



Desafio Microcontos - Cem Toques Curtir Página

"Olho-me no espelho e tenho medo de mim.

E te pergunto:

- Você tem medo?

Se eu fosse você teria medo."

(Rô Mierling)

#desafio #cemtoques #microconto

MEDICINA E SAÚDE – BLOG DO KANITZ

<http://blog.kanitz.com.br/tag/saude/> -

LEIA MAIS - MEDICINA E SAÚDE'



Um Mundo Sem Antibióticos, em Breve

Entrevista com John Conly Conly é um Professor de Medicina, Microbiologia e Doenças Infecciosas e Patologia e Medicina Laboratorial do Centro de Resistência Antimicrobiana da Universidade de Calgary, no Canadá. Ele também é o co-diretor do Instituto [...]



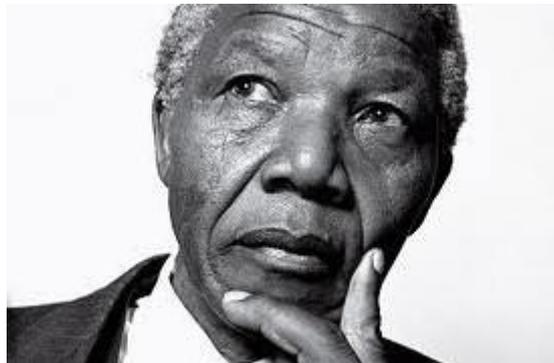
O Governo Pode Decidir Quem Vai Morrer?

Será possível manter todos os leitores vivos até os 90 anos de idade, talvez até 120, com os avanços da Medicina? Trocaremos o coração, o fígado, o rim e tiraremos o que for preciso para eliminar [...]



Erros Médicos – Muitos Comentários

Meu artigo sobre erros médicos, onde eu defendo os médicos, foi bastante comentado mostrando os preconceitos e o crescimento da indústria de processar médicos, razão pela qual decidi defendê-los. Gostei deste comentário de um médico: Qualquer que [...]



Quer Viver Até os 90?

As universidades de Harvard e Cambridge publicaram recentemente um compêndio com 20 conselhos saudáveis para melhorar a qualidade de vida de forma prática e habitual !! 1- Um Copo de Suco de Laranja diariamente para aumentar [...]



Erros Médicos ou Erros Pacientes?

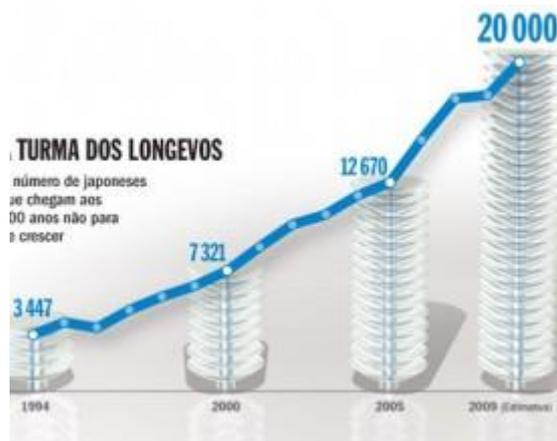
De tempos em tempos, um médico comete um erro ao tratar uma personalidade famosa. O médico é massacrado em público, condenado e julgado muito antes do julgamento legal, por pessoas que não estudaram

Direito nem processo [...]



Erros Médicos

De tempos em tempos um médico comete um erro ao tratar uma personalidade famosa. O médico é massacrado em público, condenado e julgado muito antes do julgamento legal, por pessoas que não estudaram Direito nem [...]



Longevidade e Seguro Saúde

Longevidade Não É Doença : Uma Estratégia Para O Seguro Saúde [...]

BOLETINS DE NOTÍCIAS E ANÁLISES



13 sites que querem mudar o jornalismo brasileiro

Estes projetos transformaram crise em oportunidade.

BUZZFEED.COM

www.sul21.com.br - www.outraspalavras.com.br - www.cartamaior.com.br

www.desenvolvimentistas.com.br - <http://www.auditoriacidadada.org.br/>

www.maurosantayana.com - www.paulotimm.com.br <http://ciperchile.cl/>

www.correiocidadania.com.br/ - www.ecodebate.com.br - www.esquerdadiario.com.br

www.patrialatina.com.br www.estrategiaeanalise.com.br - www.abdic.org.br

<http://www.redebrasilatual.com.br/economia> - <http://plataformapoliticasocial.com.br/> -

<http://www.ifch.unicamp.br/cemarx/site/> - <http://gilvanmelo.blogspot.com.br/>

<http://www.voltairenet.org/> - <http://www.esquerda.net/> - <http://resistir.info/> -

<http://br.sputniknews.com> <http://www.laondadigital.uy/> <http://www.diarioliberalidade.org/>

<http://www.dominiopublico.gov.br> - <https://www.facebook.com/ptjornal> - <http://www.oplop.uff.br>

<http://www.laondadigital.uy/> - <http://newleftreview.es/> - <http://www.esquerda.net/> -

www.laondadigital.uy/

[Sociedade Brasileira de Economia Política
Fórum Mundial das Alternativas - http://www.nexojornal.com.br/](http://www.nexojornal.com.br/)

Indicadores Economicos BACEN- <http://www.bcb.gov.br/?INDECO>

ESTUDE ONLINE COM O QG DO ENEM - [HTTP://WWW.ENEM.COM.BR/CURSOSENM/](http://www.enem.com.br/cursos/enem/)

FORUM 21 - <https://www.facebook.com/groups/1465485120431945/>

Blogs : <http://blogdomariomagalhaes.blogosfera.uol.com.br/>

<http://blogdogutemberg.blogspot.com.br/>

<http://bissexto.com.br> - www.agambenbrasil.com – <http://blogdaboitempo.com.br/>

<http://www.timmsouza.blogspot.com.br/> - <http://blogdaboitempo.com.br/category/colaboracoes-especiais/vladimir-safatle/>



REFORMA POLÍTICA JÁ! - <http://www.reformapolitica.org.br/>

Reforma Política Democrática - [WWW.FPABRAMO.ORG.BR](http://www.fpabramo.org.br)