

FELIPA RAFAELA AMADIGI

**IMPLICAÇÕES ÉTICAS DA CONCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O DIREITO À SAÚDE**

**Florianópolis,
2005**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**IMPLICAÇÕES ÉTICAS DA CONCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O DIREITO À SAÚDE**

Mestranda: Felipa Rafaela Amadigi
Orientadora: Prof^ª Dr^ª Marta Inez Machado Verdi

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da
Universidade Federal de Santa Catarina, para
obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública

Área de Concentração: Ciências Humanas e
Políticas Públicas
Linha de pesquisa: Bioética.

Florianópolis,
2005



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

“IMPLICAÇÕES ÉTICAS DA CONCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O DIREITO À SAÚDE”.

AUTORA: Felipa Rafaela Amadigi

ESSA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE:

MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas Públicas**

Prof^ª. Dr^ª. Sandra Noemi C. Caponi
COORDENADORA DO CURSO

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dr^ª. Marta Inez Machado Verdi
(Presidente)

Prof^ª. Dr^ª. Sandra Noemi C. Caponi
(Membro)

Prof^ª. Dr^ª. Águeda Wendhausen
(Membro)

Prof^ª. Dr^ª. Elza B. Salema Coelho
(Suplente)

AGRADECIMENTOS

À orientadora Marta Verdi

Aos membros da banca Sandra Caponi, Águeda Wendhausen, Elza Coelho (suplente) e Flávia Ramos (Qualificação)

Aos trabalhadores que participaram desta pesquisa

À UFSC que me acolhe desde o início de 1999 no Curso de Graduação em Enfermagem e agora no Mestrado em Saúde Pública.

À UNIVALI, pela acolhida profissional, em especial aos seus Professores Ligia Bellaguarda, Lygia Paim, Helga e Selma.

Aos pais Mário e Lú

Ao companheiro Gelson.

RESUMO

Este trabalho aborda a questão do direito à saúde, a partir da análise das concepções dos trabalhadores das equipes de saúde da família que atuam na rede municipal de saúde do município de Florianópolis. Desse modo, buscou-se analisar as implicações éticas advindas de tais concepções dos trabalhadores sobre o tema em estudo. A metodologia adotada caracterizou-se por uma pesquisa qualitativa descritivo-exploratória na qual as informações foram colhidas através de entrevistas semi-estruturadas realizadas com 6 equipes de saúde da família e analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo. Foram identificadas seis categorias de análise, a saber: as categorias 1 - De ausência de doenças a processo social – diferentes concepções e contradições da saúde e a categoria 2 - O direito à saúde de liberdades individuais à questões sociais, relacionam-se, respectivamente, ao conceito de saúde explicitado pelos trabalhadores e à concepção dos mesmos sobre o direito à saúde. A categoria 3 - Garantia do direito à saúde de ação individual à responsabilidade do Estado discute a responsabilidade de diferentes atores sobre a garantia do direito à saúde. Já a categoria 4 - Os diferentes papéis na garantia do direito à saúde traz uma abordagem sobre o papel da instituição, da equipe e do próprio trabalhador na garantia do direito em questão. Na categoria 5 - A prática cotidiana do trabalho em saúde: modos e estratégias para a garantia do direito à saúde, são discutidos os modos pelos quais o direito à saúde é garantido na prática. A categoria 6 constitui-se das potencialidades e obstáculos para a garantia do direito à saúde na ótica dos sujeitos de pesquisa. A partir das reflexões sobre as questões identificadas ao longo da análise, foi possível reconhecer três grandes eixos em torno dos quais a discussão das implicações éticas foi construída. O primeiro eixo diz respeito às implicações éticas decorrentes da concepção dos trabalhadores sobre a saúde e o direito à saúde, e aponta para questões como a culpabilização da vítima, as relações assimétricas e as iniquidades do cotidiano. O segundo eixo discute as implicações relacionadas ao modelo assistencial na prática cotidiana entre elas: as políticas compensatórias, a manutenção da situação de vulnerabilidade e o consentimento das iniquidades. No terceiro eixo, são enfatizadas as implicações éticas relativas à organização do sistema e dos serviços de saúde, em especial no tocante à responsabilidade sanitária e do papel protetor do estado.

Descritores: direito à saúde, ética, bioética, PSF.

ABSTRACT

This work broaches the issue of the human right to health, based on the analysis of the conceptions of the family health workers that act in the health system of the city of Florianópolis. This way, an analysis of the ethical implications resulting from such workers' conceptions on the studied theme was performed. The used methodology was characterized by a qualitative descriptive exploratory research in which the information was collected through semi-structured interviews performed with 6 family health teams and analyzed according to the technique of content analysis. Six analysis categories were identified: the categories 1 – From disease absence to social process – different conceptions and contradictions of health and category 2 – The human right to health from individual freedom to social issues, related, respectively, to the concept of health explicated by the workers and their conception on the human right to health. Category 3 – Guarantee of the right to health of individual action to the State responsibility discusses the responsibility of different actors on the guarantee of the right to health. As for category 4 – The different roles in the guarantee of the right to health brings an approach on the role of the institution, the work team and the worker himself in the guarantee of the right in question. In category 5 – The daily practice of the work in the health area: ways and strategies to the guarantee of the right to health, the ways through which the right to health is guaranteed in practice are discussed. Category 6 is composed of potentialities and obstacles to the guarantee of the right to health under the point of view of the research subjects. From the reflections on the identified questions throughout the analysis, it was possible to recognize three major lines around which the discussion of ethical implications was built. The first line is concerned with ethical implications from the conception of workers about health and the right to health and it points out questions such as the blaming of the victim, asymmetrical relations and the daily injustice. The second line discusses the implications related to the assistencial model in the daily practice such as: the compensatory policies, the maintenance of the vulnerability situation and the permission of injustice. In the third line, it's emphasized the ethical implication related to the organization of the system and health services, specially concerned with the sanitary responsibilities and the State's protecting role.

Key words: right to health, ethics, bioethics, PSF.

*O problema grave de nosso tempo, com
relação aos direitos do homem, não é mais o
de fundamentá-lo, e sim de protegê-lo.*
(BOBBIO, 1992)

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	3
RESUMO	4
ABSTRACT	5
1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	15
2.1 Geral	15
2.2 Específicos	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 Direitos humanos e saúde como direito	16
3.2 A construção da saúde como um direito	18
3.3 A construção do direito à saúde no Brasil e o SUS	23
4 A BIOÉTICA COMO REFERENCIAL DE ANÁLISE	34
4.1 Trilhando os caminhos da Bioética	34
4.2 Alguns conceitos de Bioética	37
4.3 Bioética Cotidiana e Bioética da Proteção - uma interface com a Saúde Pública	40
5 PERCURSO METODOLÓGICO	44
5.1 Sujeitos de pesquisa	44
5.1.1 Considerações éticas	46
5.1.2 Perfil dos sujeitos de Pesquisa	47
5.2 Coleta e registro de dados	50
5.3 Análise dos dados	52
6 O DIREITO À SAÚDE NA ÓTICA DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	55
6.1 De ausência de doenças a processo social – diferentes concepções e conflitos ...	56
6.2 O direito à saúde: de liberdades individuais a questões sociais	62
6.3 Garantia do direito à saúde: de ação individual à responsabilidade do Estado	69
6.4 Os diferentes papéis na garantia do direito à saúde	73
6.5 A prática cotidiana do trabalho em saúde: modos e estratégias para a garantia do direito à saúde	79
6.6 Potencialidades e obstáculos no cotidiano para a garantia do direito à saúde	87
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
8 REFERÊNCIAS	105
APÊNDICES	112
ANEXO	116

1. INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade, sobretudo nos últimos séculos, percebe-se que a luta por direitos sempre foi uma realidade presente, em maior ou menor grau, na sociedade. No entanto, evidencia-se uma distância entre as necessidades e os direitos. A este respeito, Berlinguer (1996) afirma que uma necessidade pode se transformar em direito apenas quando existem condições históricas para dar respostas.

A evolução histórica da conquista de direitos, na sociedade, nos mostra que tal conquista não depende exclusivamente da consciência pública, mas também dos avanços da capacidade de produção, das técnicas, da ciência e da medicina. Os avanços relacionados à garantia de direitos no campo da saúde, alcançados desde o século XVIII, não foram apenas conquistas terapêuticas, mas também preventivas e sociais.

Nessa evolução histórica, vários exemplos de estudos podem ser citados, dentre eles destacam-se os de Johann Peter Frank, de Edwin Chadwick e de Frederich Engels. No final século XVIII, Johann Peter Frank¹, atribuiu características higiênicas às condutas médicas conseguindo êxito em suas ações. No século seguinte, na Inglaterra, as pesquisas de Edwin Chadwick, relacionadas à condição sanitária da população trabalhadora, repercutiram sobre os serviços médicos e a sanificação² com o objetivo de melhorar a saúde e atenuar a pobreza. Além de Chadwick, outra pesquisa que se destaca nessa época é a de Frederich Engels sobre a situação da classe operária na Inglaterra.

Nela o autor considera a saúde como um valor humano intrínseco, independente dos critérios de utilidade ou conveniência social, percebendo que muitas doenças são causadas

¹ Johann Peter Frank foi encarregado por Viena para reorganizar o atendimento à saúde nas províncias do império.

² Sanificação diz respeito ao saneamento ambiental, água, esgoto e higiene coletiva.

pela exploração do trabalho e péssimas condições de habitação e nutrição. Ambas as pesquisas estavam relacionadas à exploração desumana dos trabalhadores (BERLINGUER, 2004).

Na segunda metade do século XIX, destaca-se a crescente intervenção do Estado na saúde por meio de leis e instituições, e o surgimento de formas de seguro contra doenças como modo de garantir o acesso aos tratamentos, estimulando a solidariedade entre indivíduos e categorias.

Após a Segunda Guerra Mundial, na sociedade contemporânea, emerge o movimento em favor dos direitos humanos, através do decreto das Nações Unidas, de 1945, que estabelecia a promoção e o incentivo ao respeito dos direitos humanos. No ano de 1948, surge a Declaração Universal dos Direitos Humanos, na qual direitos econômicos, sociais, políticos e culturais se apresentam com a mesma ênfase.

De acordo com Nygren-Krug (2004), no cenário do pós-guerra mundial, configurou-se a Guerra Fria e com ela, a classificação dos direitos humanos em duas categorias: uma defendida pelo oeste, onde os direitos civis e políticos tinham prioridade aos direitos econômicos e sociais; e, outra, defendida pelo leste, que argumentava a prioridade dos direitos à alimentação, saúde e educação aos direitos civis e políticos, considerados secundários.

Uma série de avanços foram propostos atingindo, de modo diferenciado, o cenário mundial de cada nação. E, em 1978, a Declaração de Alma-Ata elaborada a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), estabeleceu a saúde como um direito humano fundamental.

Em 1993, quinze anos depois, a comunidade internacional endossou a interdependência dos direitos humanos, na Conferência Mundial dos Direitos Humanos,

sendo a distinção entre os direitos considerada artificial, uma vez que todos exigem a criação de leis e políticas para a sua realização.

Em 1998, a Declaração Mundial de Saúde reafirma o estabelecido pela declaração de Alma-Ata. Entretanto, Nigren-Krug (2004) analisa, com cautela, o processo do despertar para os direitos humanos, em termos de saúde pública, pois afirma que este não levou a um esforço no sentido de relacionar, de forma efetiva, a luta por mais justiça social na área da saúde pública com os direitos econômicos e sociais, incluindo o direito à saúde.

No ano 2000, o Comitê de Direitos Sócio-Econômicos e Culturais

estabelece a dimensão e o conteúdo normativo dos direitos à saúde [...] interpretando o direito à saúde como um direito inclusivo, considerado não somente os cuidados de saúde, mas o acesso, os recursos, a aceitação de práticas culturais, a qualidade dos serviços de saúde [...] destacando também os determinantes sociais de saúde correlacionando-os ao acesso à água de boa qualidade e potável, ao saneamento adequado, à educação e à informação em saúde. (NYGREN-KRUG, 2004 p.15)

A partir de uma perspectiva que envolve as ciências sociais e a justiça social, VanderPlaat (2004), sugere os conceitos de salvaguarda da dignidade das pessoas, equidade e participação dos indivíduos como fundamentais neste processo, apesar de reconhecer que há poucas reflexões teóricas sobre estes assuntos, e que sua operacionalização é inadequada.

Após a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a questão se voltou para a necessidade de se criar condições para a realização dos direitos proclamados. Para que isso ocorra é necessário que os governos estejam convencidos que a realização desses direitos é uma meta desejável (BOBBIO, 1992).

Na área da saúde pública, a inter-relação entre os princípios dos direitos humanos e saúde aparece, em maior evidência, com os casos de HIV/SIDA³, na década de 80. (NYGREN-KRUG, 2004) Entretanto, podemos perceber implicações éticas do não cumprimento dos princípios relacionados à privacidade, à autonomia, à integridade e à

³ HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana; SIDA – Síndrome da imunodeficiência adquirida.

liberdade, que estão presentes nas situações da prática cotidiana dos trabalhadores da área da saúde, no contato com o usuário⁴.

Apesar desses avanços, a saúde continuou distribuída desigualmente entre a população e os países do mundo. Um outro destaque foi o fato de países considerados pobres, e sob comando de regimes socialistas, mesmo limitando algumas liberdades fundamentais, atingiram índices na saúde semelhantes e até superiores ao de países ricos, sob regime capitalista. Além disso, o século XX fica marcado pela introdução dos sistemas conhecidos como *welfare state*,⁵ especialmente, por países ocidentais que tinham como características uma mistura entre solidariedade e lutas, protecionismo e participação, direitos humanos e normas contratuais, procura do bem estar entendido como estar bem pessoal e empenho pela saúde coletiva.

Berlinguer (2004) relata que os anos 70 e 80 foram marcados pela crise do *welfare state*, crise econômica, política e funcional, na qual foi perdido quase tudo em termos de qualidade, humanidade, eficácia, e honestidade. Tal crise foi atribuída ao neoliberalismo que fez prevalecer outros modelos e valores como a competição ao invés da solidariedade.

No Brasil, de acordo com Nogueira (2002), as décadas de 70 e 80 ficam conhecidas pelas lutas dos movimentos sociais que aconteceram com o objetivo de amplificação do serviço público, e de manifestar as pretensões a direitos reais e efetivos na agenda política, estatal e jurídica.

Como fruto das lutas populares, o fortalecimento dos direitos sociais se apresenta na Constituição Federal (CF) de 1988, onde a saúde passa a ser vista como um direito universal, com garantia de pleno acesso dos usuários aos serviços, sem exclusão ou discriminação, propondo a democratização dos serviços de saúde com a participação popular através do

⁴ O termo usuário será empregado quando o indivíduo estiver utilizando um serviço de saúde, para as demais circunstâncias o termo empregado será cidadão por ser um sujeito social, portador de direitos e deveres.

⁵ *Welfare state* do inglês, estado de bem estar social

controle social.

A Saúde passa a ser garantida, constitucionalmente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que a compreende como “um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução de risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988 p.133).

No ano de 1990, as Leis Orgânicas da Saúde (n. 8.080 e 8.142), vieram regulamentar o conteúdo da CF e saúde passa a ter como

fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 2003 p.22)

Apesar da criação do SUS, em 1988, e sua reiteração em 1990, deve-se ter clareza de que o SUS é fruto de um processo social, e, como tal, não tem início nem fim definidos. De acordo com Mendes (1999 p. 58) “Falar de processo social implica reconhecer a complexidade de uma construção que se dará em ambiente habitado pela diversidade das representações de interesses e em campos sociais de diferentes hierarquias, quais sejam, o político, o cultural e o tecnológico”.

Para a garantia da saúde aos cidadãos brasileiros, o Sistema Único de Saúde utilizou várias estratégias e programas como instrumentos de operacionalização do direito legalmente garantido. Dentre elas, destacamos a Estratégia de Saúde da Família que, conceitualmente, vem com o objetivo de reorientar o modelo assistencial vigente, reorganizar a prática assistencial no SUS, minimizar as desigualdades existentes e garantir o direito dos cidadãos à saúde.

A reforma do setor saúde vivenciada nas últimas décadas no Brasil, retrata a mudança organizacional sofrida com a substituição da medicina previdenciária pelo SUS. Mudança esta

que se inicia a partir da Constituição Federal de 1988, que garante a saúde como direito do povo. Entretanto, para que esse direito passe do campo legal para o âmbito do real, algumas mudanças foram e ainda se fazem necessárias. Neste processo de mudança organizacional, Kisil e Pupo (2002), destacam a necessidade de mudanças tecnológicas, estruturais, gerenciais e humanas.

Com a proposta do SUS, algumas mudanças no processo de trabalho se apresentaram claramente; outras, como a inversão do modelo de atenção necessária para a consolidação do sistema, vão sendo lentamente alteradas no cotidiano. Alguns exemplos podem ser identificados na prática dos trabalhadores, como a centralização do serviço no profissional médico, na cura das doenças e nas tecnologias duras, como por exemplo, à sobreposição de exames à escuta.

Ao longo da trajetória, verificamos que estudos relativos à mudança nas relações dos trabalhadores com a população, vinham sendo pouco explorados. E, nesse sentido, França Jr. e Ayres (2003) afirmam que centrar a atenção nas relações entre saúde pública e direitos humanos, na pesquisa e intervenção na saúde de populações, é uma tarefa fundamental, pois pode vir a enriquecer as teorias, a eficácia da técnica de intervenções e, sobretudo, o horizonte ético dos modelos de assistência à saúde. Não basta a garantia legal do direito à saúde, nem tão pouco nos modos de gestão e financiamento, mas adquire sentido real e completude por meio das mudanças centradas na assistência e nas relações entre trabalhadores e usuários.

De acordo com Berlinguer (1993 p. 21), a preocupação com as situações que ocorrem no cotidiano dos cidadãos, pouco vêm sendo exploradas sob o ponto de vista ético, “discute-se sobre alguns casos de eutanásia, de ‘boa morte’ eventual; mas ignoram-se milhões de cacotanásias, de ‘péssimas mortes,’ prematuras e não merecidas”.

É neste sentido que pautamos a proposta deste trabalho, pois consideramos fundamental a reflexão das implicações de nossos pensamentos, enquanto agente moral,

convertidos em ações sobre o direito à saúde dos cidadãos. Para isso, a realização deste trabalho se fez no sentido de responder a seguinte pergunta de pesquisa: **Quais possíveis implicações éticas podem ser apreendidas a partir da análise das concepções sobre o direito à saúde na prestação dos serviços de saúde, expressas por trabalhadores da equipe de saúde da família?**

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar as possíveis implicações éticas decorrentes da concepção dos trabalhadores da equipe de saúde da família, sobre o direito à saúde na prestação dos serviços de saúde.

2.2. Objetivos Específicos

1. Identificar a concepção dos trabalhadores da equipe de saúde da família, sobre o direito à saúde e sua percepção sobre sua prática cotidiana e o direito à saúde.
2. Discutir as relações entre as concepções de direito à saúde e a prática cotidiana dos trabalhadores da equipe de saúde da família.
3. Apreender as possíveis implicações éticas da “*práxis*” do trabalho da equipe de saúde da família, sobre o direito à saúde.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Direitos humanos e Saúde como Direito

O termo “direitos humanos” emergiu durante os séculos XVI e XVII, sendo que as definições mais precisas acerca deste conceito desenvolveram-se a partir do século XVI. Exemplos destes fatos são a Carta de 1215 e “*habeas corpus*”, na Inglaterra, em 1679; a Declaração Americana, em 1776; a Declaração Francesa, em 1789. Essas iniciativas foram ampliadas ao longo do século XIX (BERLINGUER, 2004).

Segundo Ferreira (1999), tais documentos surgiram da necessidade de evitar o arbítrio dos governantes, que à época, atuavam sem lei, nem regras. O autor propõe que os direitos humanos fundamentais sejam organizados em três gerações⁶: os direitos de primeira geração, onde defende o enfrentamento com o arbítrio governamental, quando se trata das liberdades públicas; os de segunda geração, onde se manifesta a preocupação com os desníveis sociais, propondo os direitos econômicos e sociais; e, por fim, os de terceira geração, diriam respeito à luta em favor da qualidade da vida humana, sendo concebidos como direitos de solidariedade.

A Declaração de 1789, da França, constitui o marco dos direitos de primeira geração, entretanto recebe influências inglesas da Magna Carta de 1215, da Petição dos Direitos de 1629, do “*Hábeas Corpus*” de 1679 e da Declaração Americana de 1776 (MAGALHÃES, 2005). A declaração francesa foi considerada um modelo a ser seguido pelo constitucionalismo, sendo predominante até a primeira guerra mundial.

⁶ Há autores que apontam a existência de uma quarta geração que se refere ao planeta.

Nessa geração de direitos civis e políticos destacam-se as “liberdades individuais, o direito à vida, segurança, igualdade de tratamento perante a lei, o direito de propriedade e o direito de ir e vir” (GENEVOIS, 2005 p. 3).

De acordo com Ferreira (1999), os direitos de primeira geração são os direitos de liberdade. Estes derivam da natureza humana, e, como tais, são abstratos, imprescindíveis, individuais e universais.

Esses direitos [...] graças ao reconhecimento ganham proteção. São garantidos pela ordem jurídica, pelo Estado. Isto significa passarem a gozar de coercibilidade. Porque uma vez reconhecidos cabe ao Estado restaurá-los coecirtivamente se violados, mesmo que o violador seja órgão ou agente do Estado (FERREIRA, 1999 p.31).

O cenário pós-guerra de destruição mostrava também a deteriorização do quadro social, oriundo da mudança política e do liberalismo econômico, característico à época. A riqueza encontrava-se concentrada na mão dos empresários, enquanto os trabalhadores sucumbiam à pobreza e exploração, tipicamente capitalista.

Ao término da primeira guerra mundial houve a necessidade de se reconhecer novos direitos fundamentais: os direitos econômicos e sociais, ou direitos da igualdade. Os direitos de segunda geração foram consagrados a partir da Constituição Alemã de Weimar, em 1919⁷. No Brasil, se expressa através da Carta de 1934, que enuncia uma ordem econômica e social. O reconhecimento dos direitos econômicos e sociais não nega os direitos de primeira geração, ao contrário, a eles se somam (FERREIRA, 1999).

No Brasil, os direitos sociais são reconhecidos constitucionalmente, e, segundo a Carta Constitucional, cabe ao Estado a responsabilidade de atender esses direitos. Entre eles destacam-se o direito à saúde, educação, cultura, lazer, desporto, turismo e trabalho. Vale ressaltar que, às vezes, essa responsabilidade é partilhada com outro grupo: a família, no caso

⁷ Alguns autores apontam para a Constituição Mexicana como marco da nova concepção dos direitos fundamentais.

da educação. “O objeto do direito social é, tipicamente, uma contraprestação sob forma de prestação do serviço como o [...] serviço médico-sanitário-hospitalar, quanto ao direito à saúde. [...] Na impossibilidade de satisfazer o direito por uma prestação direta, uma contrapartida em dinheiro” (FERREIRA, 1999 p. 51).

Apesar da proposta de direitos sociais ter sido consagrada em 1919, foi com a Declaração Universal dos Direitos Humanos que ela atingiu seu ápice, sobre o qual abordaremos mais adiante com maiores detalhes.

Os direitos de terceira geração referem-se aos direitos dos povos e correspondem aos direitos fundamentais de solidariedade e qualidade de vida entre os seres humanos. Dentre eles, destacam-se o direito à paz, ao desenvolvimento, ao patrimônio comum da humanidade e o direito ao meio ambiente.

Esta nova geração do direito surgiu no plano internacional, sob o comando da Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), e começaram a aparecer em Cartas internacionais como a Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos, de 1981, e na Carta de Paris para uma nova Europa, em 1990. Existem dilemas que permeiam o entendimento dessa terceira geração dos direitos, em relação ao papel do Estado e os direitos dos povos. Entretanto, utiliza-se a visão de que o objeto a que esses direitos se referem seja a conduta (FERREIRA, 1999).

Assim, a proteção desses direitos não cabe, em sua maioria, ao Estado, mas, a uma garantia internacional, ampla, de solidariedade entre as sociedades e os povos.

3.2. A construção da saúde como um direito

Depois da Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945), diante dos relatos de abusos e atrocidades cometidos pelos nazistas, surgiu a mais importante das declarações, relacionada

com os direitos individuais, econômicos e sociais, a qual foi proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948. A Declaração Universal dos Direitos Humanos defende como objetivo, garantir a todos a liberdade, a justiça e a paz no mundo (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

Infelizmente, mais de meio século depois do estabelecimento da declaração dos direitos humanos, é inevitável chegar-se à conclusão de que muitos dos direitos fundamentais continuam sendo desrespeitados, em todo o mundo.

Entre os direitos preconizados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, a saúde aparece no artigo 25: “toda pessoa tem direito à um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica [...]” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948 p.4).

Habermas (1997 p. 66), comentando sobre o direito, afirma que

as construções racionais do direito servem para a fundamentação de princípios, segundo os quais uma sociedade bem ordenada deveria ser organizada; porém, [...] elas se distanciam da realidade das sociedades contemporâneas, a ponto de encontrarem dificuldades no momento de especificar condições para a realização desses princípios.

Comentando a este respeito, Durand (2003 p. 250) afirma que “Os direitos humanos são direitos que nascem com o ser humano, direitos do ser humano enquanto ser humano, portanto direitos fundamentais, imprescindíveis, universais”.

Desse modo, os direitos fundamentais devem continuar garantindo a auto-afirmação e a responsabilidade própria da pessoa na sociedade, uma vez que

Tão importante quanto o reconhecimento ético e político [...] é a introdução do indivíduo, também através do direito, nos contextos de ação regulados por estruturas de ordem, os quais o envolvem e o ligam com outros; isso equivale, pois, a formar e garantir os institutos do direito, nos quais o indivíduo assume uma posição de membro (RAISER, *apud* HABERMAS, 1997 p. 120).

De acordo com Habermas (1997), o direito humano é único e precisa ser diferenciado de um sistema de direitos, no qual, tanto a liberdade quanto a igualdade, assumem uma figura positiva. Para a garantia deste direito, o autor aponta as leis públicas, as quais só podem pretender a legitimidade, enquanto atos da vontade pública dos cidadãos autônomos e unidos. O autor prossegue dizendo que os direitos não são uma prática individual, mas sim, uma relação de práticas sociais.

Os direitos humanos constituem um sistema de saber e outro de agir. Para isso, faz-se necessário a integração da tradição dos direitos subjetivos com os direitos sociais. Sendo entendido por direitos subjetivos, aqueles que correspondem à liberdade de ação do indivíduo. São eles que estabelecem a liberdade das ações iguais para todos os indivíduos portadores de direitos. Já, os direitos sociais, são apresentados referenciando a garantia das condições para o pleno exercício público do indivíduo. “São direitos fundamentais para que alguém possa participar ativa e livremente como cidadão, [...] o direito à educação, ao trabalho e à saúde figuram entre eles” (FRANÇA JR; AYRES, 2003 p.64).

No entanto, a presença de direitos requer deveres dos indivíduos enquanto membros livres e iguais. De acordo com França Jr. e Ayres (2003), pode-se perceber atualmente a presença de uma vertente neoliberal que vê um conflito no direito no que diz respeito à autonomia privada e à autonomia pública. Esta tendência, postula que os direitos subjetivos devem ser prioritários aos demais.

Esse antagonismo entre a autonomia privada e pública é superado quando se pensa que “os destinatários da legislação dos direitos são simultaneamente seus autores, entendendo como base e objetivo do direito a auto-organização democrática de uma comunidade jurídica de sujeitos livres e iguais” (FRANÇA JR; AYRES, 2003 p.65).

Neste sentido, Kant, falando a respeito das leis públicas, afirma que “não é possível nenhuma outra vontade a não ser a de todo o povo (uma vez que todos determinam sobre

todos e, portanto, cada um determina sobre si mesmo): pois ninguém pode ser injusto consigo mesmo” (KANT, *apud* HABERMAS, 1997 p.127).

De acordo com Hooft, “a saúde como um valor fundamental, reconhecido e protegido pelo direito, entendida social, bioética e juridicamente, passa a ser um correlato necessário ao próprio direito à vida” (HOOFT, 2003 p.500)

No direito à saúde, Berlinguer (1996) aponta a existência de dois aspectos relacionados, mas distintos na origem, nas formas de atuação e nas normas éticas envolvidas. O primeiro deles, relacionado ao direito à saúde e o segundo, ao direito à assistência médica, em caso de doença. O direito à saúde, segundo o autor, está relacionado ao direito fundamental que é a vida, considerando os seres humanos iguais e independentes, que não devem causar dano à vida, saúde, liberdade ou à propriedade do outro.

De acordo com o estatuto da Organização Mundial da Saúde (OMS), o gozo de níveis de saúde, o mais elevado possível, é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político, condição econômica ou social (OMS, 1948).

O reflexo desta definição pelo mundo, evidencia-se nas constituições federais, que inseriram esta lógica em seus documentos. O Brasil, sob influência do conceito da OMS, incluiu na Constituição de 1988 “ a saúde como direito do indivíduo e dever do estado”

Entretanto, deve-se considerar que o direito à assistência, em caso de doença, está ligado ao direito à saúde

o direito à saúde é um *prius* em relação ao direito à assistência, seja no sentido histórico, pela prioridade de seu reconhecimento, seja no campo das necessidades da existência humana. O direito à assistência além disso parece pertencer, mais que à esfera dos direitos humanos, à dos direitos sociais; como tal, não transcende épocas e lugares, mas está em conexão com a alternância de várias formações econômico sociais e até das contingências políticas; (BERLINGUER, 1996 p.76)

Nesse sentido, o direito à assistência depende da convergência de interesses dos profissionais, do complexo médico industrial, e cidadãos, e da capacidade de organização dos indivíduos excluídos da assistência.

Nesta pesquisa, estaremos trabalhando com o direito à assistência, compreendendo o mesmo como um dos elementos necessários à garantia do direito à saúde. Compreendemos saúde como um somatório de outros fatores, como mostram alguns autores, dentre eles, Brasil (2003); Berlinguer (2004) e Dejours (1982).

De acordo com a legislação do SUS, saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 2003 p. 20).

Berlinguer (2004) traduz saúde como um bem indivisível, que, ao mesmo tempo em que representa um dos processos mais íntimos do indivíduo, representa um dos fenômenos mais ligados à vida coletiva. O autor considera que a saúde “tem um caráter duplo no plano moral: intrínseco, como presença, limitação ou ausência de capacidades vitais (no limite, como antítese entre a vida e morte), e instrumental como condição essencial para viver em liberdade” (BERLINGUER, 2004 p.212).

Para Dejours (1982), a saúde deve ser entendida como algo individual (que não vem do exterior) da qual se depende, mutante, relacionada com a realidade ambiental material, afetiva, relacional, familiar e social. Para o autor, “a saúde é a liberdade de dar a esse corpo a possibilidade de repousar, e a liberdade de dar de comer quando ele tem fome, de fazê-lo dormir quando tem sono, de fornecer-lhe açúcar quando tem baixa glicemia. É portanto a liberdade de adaptação” (DEJOURS, 1982 p. 7).

3.3. A construção do direito à saúde no Brasil e o SUS

As instituições de saúde, bem como, as políticas por elas propostas, desempenham papel fundamental na constituição e consolidação da ordem sócio-política e dos direitos do cidadão.

Ao longo dos anos, modificou-se o modo como as políticas de saúde foram sendo conduzidas. Por isso, faz-se necessário retornar na história das políticas públicas, desde a proclamação da república até os dias atuais, para que se possa perceber os temas e tendências predominantes em cada período, a evolução do sistema brasileiro de saúde e a construção do direito à saúde no Brasil.

Na Primeira República, período compreendido entre os anos de 1889 à 1930, inicia-se a criação de programas e serviços de saúde pública à nível nacional. Sob o comando de Oswaldo Cruz, foram criadas instituições públicas de higiene e saúde e, como estratégia de trabalho, foi adotado o modelo das campanhas sanitárias, com o objetivo de combater as epidemias urbanas e endemias rurais. Este modelo se caracterizava pelo estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social, estrutura centralizadora, tecnoburocrática e corporativista, ligada à oligarquia agrária que dominou a República Velha (LUZ, 1991 p.78-79).

O período populista, dos anos 30 aos anos 50, segundo Verdi e Coelho (2005), foi um período de ascendência e hegemonia do Estado populista, marcado pela criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), por categoria profissional. Criados por Getúlio Vargas, os IAPs favoreceram trabalhadores urbanos, pois estes estavam mais organizados em sindicatos e eram fundamentais para a economia dominante. Os serviços dos IAPs, caracterizavam a prática clientelista e paternalista do regime populista de Vargas, que atrelou os sindicatos e os institutos ao Estado, o que contribuiu para que no Estado Novo (1937-

1945), Vargas dominasse, politicamente, os institutos. Após 1945, esse domínio foi estendido ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB).

Estes traços, modelados durante cerca de cinquenta anos, ainda são característicos das instituições e políticas de saúde brasileiras e integram a própria ordem política que se constituiu nesse período. É o próprio rosto de nossa estrutura social que se desenha sobre esta dupla face, ao menos no que esse rosto tem mais de atroz e recorrente em termos de poder. (LUZ, 1991 p.80).

A década seguinte, 1950-1960, conhecida como período desenvolvimentista, ficou marcada pela tentativa de implantação de um projeto nacional de desenvolvimento econômico moderno, integrado ao capitalismo. O regime populista estava em crise. O modelo campanhista ainda predominava nos órgãos de saúde pública, em oposição ao modelo curativista dos serviços previdenciários. Ambos burocratizados e ineficazes, frente às necessidades da população. Diante desse cenário de dicotomia entre saúde pública e atenção médica individual, surge um movimento social das elites progressistas, no início da década de 60, que reivindicava reformas de base. Entretanto, em resposta a esse movimento, as forças sociais conservadoras fazem o golpe militar, no ano de 1964 (VERDI; COELHO, 2005).

O período da ditadura militar de 1964-1984 ficou conhecido como período do estado militarista. De acordo com Luz (1991), os anos de 1964 à 1967 ficaram marcados pelas grandes mudanças nos aparelhos do Estado, que prepararam o cenário para o milagre brasileiro (1968 – 1974). A política de saúde adotada reorganizou traços do sanitarismo campanhista e do modelo curativista, numa estratégia de medicalização social. O milagre brasileiro convergia com a política econômica da época, que preconizava elevada taxa de produtividade e baixos salários para a massa trabalhadora. Esta ação do estado beneficiou os trabalhadores especializados, técnicos e quadros superiores com altos salários o que favoreceu a difusão da ideologia do consumo. A saúde passou a ser vista como bem de consumo.

No período de 1968 a 1975, generalizou-se a demanda social por consultas médicas como resposta às graves condições de saúde; o elogio da medicina como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e

coletiva; a construção ou a reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social; a multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo país; a organização e a complementação política de convênios entre o INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos - já parcos - tradicionalmente destinados aos serviços públicos (LUZ, 1991 p.82).

Diante dessa política, o rápido crescimento das empresas médicas passou a ser uma questão de tempo. A lógica de atuação estava mais centrada no lucro do que na saúde da população. O ensino médico estava desvinculado da realidade social, voltado para as especializações e para a sofisticação tecnológica e farmacêutica. Ocorreu a “consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população” (LUZ, 1991 p.82).

A insatisfação da população iniciou na década de 70 e foi agravada no fim do milagre, quando as verbas de saúde pública despencaram e a atenção médica da previdência social caminhou para a falência. Os movimentos sociais, em articulação, pediam a mudança das políticas sociais do regime, denunciavam a situação caótica das políticas de saúde e dos serviços previdenciários de atenção médica exigindo soluções para os problemas criados pelo modelo de saúde da ditadura militar.

Os serviços de saúde se tornaram foco da crise do modelo de política social vigente entre 1975 e 1982. Não era para menos: as condições de saúde da população tornaram-se críticas, por causa de uma política concentradora, centralizadora, privatizante e ineficaz, expressão do regime político autoritário. No início dos anos 80 a crise das políticas sociais (saúde, habitação, educação) era identificada com a crise do regime (LUZ, 1991, p. 83).

Em 1975, através da Lei 6.229, foi criado o Sistema Nacional de Saúde, separando as ações de saúde pública das ações ditas de atenção às pessoas.

Em 1977 criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para atender exclusivamente as pessoas que possuíam carteira de trabalho e pagavam a Previdência Social. O atendimento dos desempregados era feito de modo

particular, ou, se sobrasse dinheiro para o Ministério, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2000).

Com a abertura política, surgiu, na área da saúde, o Movimento Sanitário e, em 1979, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), discute a proposta de reorientação do Sistema de Saúde. A partir dos anos oitenta, com a crise econômica, as organizações sociais passaram a exigir a substituição do modelo médico-assistencial privatista por um outro modelo de atenção à saúde.

Os primeiros sinais de mudança do modelo de atenção à saúde no Brasil surgiram com a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), a partir de alguns projetos pilotos de medicina comunitária, dirigida para o nordeste.

Em 1982, ocorre a mudança da forma de pagamento do setor privado com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS). É o primeiro desenho estratégico de gestão, de desconcentração e de universalização da atenção à saúde.

A partir do ano de 1983, a população solicita, junto ao Congresso, novas políticas que assegurem pleno direito à cidadania, inclusive o direito à saúde como um dever do Estado, ou seja: a saúde passava a ser vista pela sociedade como um direito do povo e dever do Estado.

O período da Nova República e a luta pela reforma sanitária ocorrem entre os anos de 1985 à 1989. Segundo Verdi e Coelho (2005), este período de reformas nas políticas públicas brasileiras sofreu boicotes e distorções por parte de interessados dentro e fora das instituições de saúde. Esses boicotes dificultaram a prática institucional na experimentação de transformações consistentes. “A atuação de grandes interesses sociais e econômicos, externos e internos, perpetuou uma ordem social extremamente concentrada desde o início da República” (LUZ, 1991 p.85).

As oposições sociais vinham marcadas, de um lado, por uma burguesia da saúde composta por empresários, grandes hospitais, clínicas, indústrias do setor, multinacionais do

setor farmacológico e médicos liberais; do outro lado, a clientela de trabalhadores urbanos e rurais, representados pela classe média, que não conseguia arcar com as custas de serviços médicos hospitalares e de clínicas especializadas.

De acordo com Luz (1991), a discussão entre público x privado, decorrente da política de saúde desde os anos 50, na década de 80 apresentou algumas peculiaridades, entre elas a entrada, no cenário nacional, dos empresários da saúde, que defendiam publicamente seus interesses, e a tomada de consciência da população do papel da saúde na vida coletiva, que organizada nos movimentos sociais, pressionava a mudança.

A Reforma Sanitária Brasileira foi um movimento contra-hegemônico que se utilizou do aprofundamento da consciência sanitária dos diversos atores sociais para a saúde como um direito. Desse modo, a reforma se caracteriza, inicialmente, como um movimento de desenvolvimento de um novo saber, seguido da prática política sanitária e o movimento em si (BERLINGUER et. all, 1989).

Por intermédio da utopia buscou-se desenhar uma proposta alternativa ao sistema de saúde vigente, de caráter fragmentário, discriminatório, subordinado à lógica mercantilista. Formulou-se a proposta de um sistema único de saúde, público, socializado, universal, integrado, de atenção integral e planejado de acordo com as demandas existentes, utilizando, de forma hierarquizada e regionalizada os recursos disponíveis (BERLINGUER et. all, 1989 p. 198).

No ano de 1986, na cidade de Brasília, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Participaram cerca de 4 mil pessoas, entre elas usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e gestores. Esta conferência foi um marco na formulação das propostas de mudança do setor de saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira. O relatório final definiu a saúde como: “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (CNS, 1986, p. 3).

Esse documento serviu de base para discussões na Assembléia Nacional Constituinte, em 1987. Conforme Nogueira (2002), após a conferência, foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, composta por representantes do movimento sanitário, organizações populares, organismos governamentais, parlamentares, prestadores de serviços privados de saúde e organizações patronais. Como resultado da ação dessa comissão, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, com o objetivo de contribuir para a consolidação da Reforma.

Fazendo uma análise deste período, Nogueira (2002 p. 150) comenta que

a luta de amplos e diversos movimentos sociais, nas décadas de 1970 e 1980, aconteceu no sentido de ampliar a esfera pública e de inscrever pretensões a direitos reais e efetivos na agenda política e, posteriormente, estatal e jurídica. Em outras palavras, a luta queria aumentar o usufruto de serviços sociais fora do mercado, ocasionando o divórcio progressivo entre o rendimento real e o rendimento monetário.

Como resultado da ampla discussão sobre o tema, foi apresentada na Assembléia Nacional Constituinte, e aprovada na Constituição Federal de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde.

Em 1988, A Constituição Federal (BRASIL, 1988 p. 133) coloca em prática a Declaração Universal dos Direitos Humanos (Título VIII, Capítulo II – Seguridade Social, na sua Seção II – Saúde), artigo 196, tornando a saúde um direito de todos e um dever do estado. Para garantir a organização e funcionamento do SUS, foram elaboradas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) - Lei nº 8.080/90 e a 8.142/90) e, posteriormente, as normas operacionais básicas, dentre outras legislações específicas para o setor.

Em julho de 1993, quase três anos após a promulgação da lei 8.080, que regulamentou o SUS, o INAMPS foi extinto através da Lei nº 8.689, sendo suas funções, competências, atividades e atribuições, absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal do SUS.

Segundo a legislação básica do Sistema Único de Saúde, o SUS é um sistema formado pelas três esferas do governo (União, Estados e Municípios), e pelo setor privado, contratado e conveniado, de forma complementar, como se fosse um mesmo corpo.

As características do SUS compreendem o atendimento a todos, de acordo com suas necessidades, sem cobrança pelo serviço; atuação de maneira integral, respeitando a dignidade humana; descentralização; racionalidade, de modo que as ações e serviços sejam voltados para a necessidade da população; eficiência e eficácia; ser democrático, assegurando o direito de participação de todos; ser equânime.

Os Princípios e Diretrizes do SUS estão estabelecidos na Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 2000 p.24), em seu Título II – Do Sistema Único de Saúde, Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Artigo 7º, regulamenta os princípios e diretrizes a serem seguidos pelos serviços públicos e privado integrantes do SUS:

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde e todos os níveis de assistência;
- II – integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – preservação da autonomia das pessoas na defesa da sua integridade física e moral
- IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII – utilização de epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII – participação da comunidade;

IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo;

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde

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

XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população. (BRASIL, 1988).

Diante deste cenário teórico do SUS, Cohn et al. (1991 p. 21), fazem uma análise das políticas públicas de saúde,

As políticas de saúde no país, que sempre contaram com um suporte financeiro bastante frágil, vão cristalizando um acesso extremamente desigual da população aos serviços de saúde, ao mesmo tempo que estigmatizante. Elas instituem, de um lado, a concepção [...] da clientela como carente, e de outro, uma diferenciação entre os assalariados por níveis de renda e padrões de inserção nos setores da economia. Em ambos os casos o marco comum é a concepção do direito como um privilégio vinculado à contribuição previdenciária e/ou de seguros de saúde privados [...].

Cohn et al. (1991) reacendem a discussão, dizendo que, na tentativa de reverter esta situação, se faz necessário contemplar o que ela chama de discriminação positiva com o objetivo de garantir mais direitos aos que apresentem mais necessidades.

Como estratégia do Ministério da Saúde, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial nos serviços de saúde, minimizar as desigualdades existentes e garantir o direito dos cidadãos à saúde, é lançado o Programa de Saúde da Família (PSF), que, posteriormente, se consolida como estratégia de reorganização e passa a ser conhecido como Estratégia de Saúde da Família.

A Estratégia de Saúde da Família surge como proposta, nas bases da vigilância da saúde, para priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e

de suas famílias. Nessa estratégia encontramos a reafirmação dos princípios básicos do SUS, e a proposta de substituição dos modelos tradicionais de assistência orientados para a cura de doenças, praticados, na maioria das vezes, nas instituições hospitalares.

De acordo com o Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF) nasce com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde, responsável pela “ineficiência do setor”; “insatisfação da população”; “desqualificação profissional” e “iniquidades” (MERHY et al. 2003 p. 55).

A implantação desta estratégia iniciou-se em 1991, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de reduzir os indicadores de morbimortalidade infantil e materna na região nordeste do país. Em 1994, as primeiras equipes de Saúde da Família foram formadas, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários. De acordo com Souza (2000), o PSF valoriza o princípio de territorialização, a vinculação entre equipe e comunidade, a garantia da integralidade na atenção, trabalho multidisciplinar, enfatizando a promoção da saúde, participação popular e desenvolvimento de ações intersetoriais.

A família passa a ser vista no programa como “espaço nuclear de agregação das pessoas, inseridas em um contexto social, devendo ser objeto prioritário e de focalização da atenção à saúde” (SOUZA, 2000 p. 15).

A Equipe de Saúde da Família se caracteriza por ser multiprofissional, composta minimamente por enfermeiro, médico, auxiliar ou técnico de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde – ACS, variando de acordo com a população, sob responsabilidade da equipe. Em geral, os agentes acompanham, em média 575 pessoas. (BRASIL, 2001).

Contudo, alguns autores apontam lacunas no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família. De acordo com Merhy et.al, (2003):

- somente a modificação da estrutura do programa, não garante que a relação dos profissionais com os usuários também ocorra sob os novos parâmetros;
- a Estratégia de Saúde da Família, com seu trabalho basicamente centrado no território, acaba centrando às ações de saúde de cunho higienista, dando pouca importância à construção de uma rede básica assistencial, integrada a um sistema local de saúde;
- ao não atuar também na direção clínica, age como auxiliar do Modelo Biomédico. É como se a ESF delimitasse a atuação, de saúde coletiva cuidamos nós; da saúde individual cuida a corporação médica, incentivando o projeto neoliberal privatista;
- a estratégia de saúde da família articula um discurso populista, voltado “aos pobres” propondo-se como mecanismo efetivo para a sua inclusão no campo da assistência à saúde. Entretanto, embutido nesse discurso temos um programa um sistema de saúde tecnologicamente empobrecido, de baixo custo, limitado e voltado aos pobres;
- no cotidiano, as concepções formadas ao longo do tempo pelos profissionais acabam operando centralmente na produção de procedimentos e não na produção do cuidado.

Na opinião de Silva e Jorge (2002), na Estratégia de Saúde da Família:

- a inexistência de direitos trabalhistas dos profissionais de saúde da família acaba gerando uma sensação de desvalorização entre os mesmos;
- os vínculos precários acabam tendo como consequência a rotatividade de profissionais que acaba prejudicando o andamento do trabalho das equipes de saúde da família, seja por motivos pessoais (dos profissionais), ou por imposição da política vigente;
- a falta de formação dos gestores para o desenvolvimento do programa de saúde da família, e a falta de comprometimento com os profissionais acabam gerando insatisfações.

Na visão de Antunes e Egry (2001), a enfermagem vive em uma situação contraditória: por um lado contribui para a manutenção do modelo biomédico; por outro, conquista espaços de poder na gestão do sistema.

O cotidiano do trabalho em saúde sofre influências do modelo biomédico a mais de três séculos. Aliada à racionalidade biomédica, a medicalização entra em foco nas discussões da saúde coletiva a partir da década de 60. Revisitando as definições e teorias relacionadas à medicalização Poli Neto e Caponi (2005) apresentam a visão de Illich (1979) que enfatiza uma visão vertical de poder, de uma medicina que gera dependência e retira a autonomia das pessoas a partir da internalização do discurso médico, e do abandono das práticas populares. Para os autores “a geração de dependência diminui a saúde e a capacidade das pessoas cuidarem de si mesmas, não havendo um avanço real em saúde com a industrialização” (POLI NETO; CAPONI, 2006, p. 25).

Considerando estas reflexões e o cenário nacional, esta proposta de pesquisa irá se desenvolver dentro do contexto da estratégia de saúde da família, por entender que ela pode contribuir como um elemento no processo de mudança, na garantia do direito à saúde dos cidadãos, mesmo que não o faça em sua totalidade.

4. A BIOÉTICA COMO REFERENCIAL DE ANÁLISE

4.1. Trilhando os caminhos da Bioética

“Desde os tempos mais antigos, homens e mulheres interrogam-se sobre o comportamento a ser mantido e as decisões a serem tomadas diante da saúde, da doença, das más formações, do sofrimento, da morte” (DURAND, 2003 p. 21).

Segundo o autor, a bioética teve grande desenvolvimento durante os anos de 1955 a 1960 no setor da saúde e no setor de pesquisas biomédicas. Isso, em função das transformações sociais tais como a emergência dos direitos individuais, a modificação da relação médico-paciente, o desenvolvimento técnico-científico e o pluralismo social.

O surgimento da Bioética contou com a contribuição de vários acontecimentos. Simbolicamente, a obra *Bioethics: bridge to de future*⁸ em 1971, de Van Rensselaer Potter, à qual se atribui a origem da palavra bioética. Potter era cancerologista americano e expressava, através de seus trabalhos, a preocupação com a democratização do conhecimento científico e apontava a bioética, como a ciência da sobrevivência.

Em 1971, na Academia de Ciências de Nova York, a palavra bioética vem ao centro do debate quando Potter, diante do crescimento do conhecimento científico e do atraso das reflexões a ele relacionadas, pede a criação de uma nova ciência baseada na aliança entre o saber biológico (bio) e os valores humanos (ética), sendo assim, responsável pelo neologismo “bioética”. Diante da proposta de Potter, Andre Hellegers, em Washington, é o primeiro a utilizar o neologismo institucionalmente, com o objetivo de designar uma nova área de atuação. (DINIZ; GUILHEM 2002)

⁸ Bioética: uma ponte para o futuro

De acordo com Diniz (1999), paralelo à obra de Potter, um artigo de Herry Beecher assombrou a comunidade científica. O artigo *Ethics and Clinical Research*⁹, trazia 22 relatos de pesquisas científicas publicadas em periódicos internacionais envolvendo seres humanos. Em seu artigo, Beecher aponta para o fato de os pesquisados serem incapazes de assumir uma postura moralmente ativa, uma vez que eram internos de hospitais, deficientes mentais, recém-nascidos, crianças, idosos e presidiários.

Uma das conclusões teóricas de Beecher que ainda impressionam pelo vanguardismo foi sua crítica ao uso do termo consentimento informado como mera prescrição de rotina científica [...] não bastava o recolhimento do termo de consentimento como uma salva-guarda legal, mas que este deveria representar uma compreensão livre quanto ao experimento. (DINIZ, 1999 p. 332).

Um dos exemplos mais brutais utilizados para justificar esta nova ciência foi o “Caso Tuskegee”¹⁰, ocorrido no estado americano do Alabama, que comprovou os abusos realizados em nome da ciência. Vários fatos como esse do Caso Tuskegee forçaram especialistas e sociedade a uma reflexão e posicionamento frente às pesquisas científicas.

Cabe destacar ainda que, a emergência dos direitos da pessoa se aponta no cenário mundial após a Segunda Guerra Mundial, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Código de Nuremberg, Declaração de Helsinki, as Diretrizes Internacionais, propostas para a Pesquisa Biomédica em Seres Humanos, visando a proteção da liberdade e da dignidade dos sujeitos.

O primeiro instrumento que estabeleceu normas para pesquisa médica com seres humanos, foi o Código de Nuremberg de 1947. Sua elaboração se fez no intuito de fornecer subsídios aos juízes do Tribunal de Nuremberg para o julgamento dos crimes contra a humanidade cometidos por médicos/pesquisadores nos campos de concentração. “O Código

⁹ Ética e pesquisa clínica

¹⁰ O “Caso Tuskegee” foi uma pesquisa conduzida pelo Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, e consistia em acompanhar o ciclo da sífilis, para isso, cerca de 400 homens negros foram deixados sem tratamento

de Nuremberg estabelece de maneira incisiva, a necessidade de consentimento voluntário do ser humano para participação em projeto de pesquisa; é uma condição absolutamente essencial” (HOSSNE, 2003 p. 95).

O Código de Nuremberg representou um marco importante no reconhecimento do princípio ético da autonomia, antes mesmo da elaboração dos princípios éticos do Relatório de Belmont (1978), ou de Beauchamp e Childress (1979), entretanto, os abusos cometidos por pesquisadores continuaram ao longo dos anos, como denunciou Beecher em 1966.

Com o objetivo de reafirmar a necessidade do consentimento informado, proteger o indivíduo no caso de recusa na participação da pesquisa e estipular que os interesses do indivíduo devem prevalecer sobre os interesses da ciência e da sociedade, a Associação Médica Mundial aprovou, em Assembléia na Finlândia, a Declaração de Helsinki, no ano de 1964. A Declaração de Helsinki foi revisada nos anos de 1975 – Tóquio, 1983 – Veneza, 1989 – Hong Kong, 1996 – África do Sul, e em 2000 – Edinburgo.

Apesar do reconhecimento do Código de Nuremberg e da Declaração de Helsinki, pesquisas médicas contendo deslizes éticos continuaram a surgir na literatura; inclusive, pesquisas iniciadas na década de 40, eticamente inadequadas, continuaram após o Código de Nuremberg e da Declaração de Helsinki, como é o caso da pesquisa sobre síflis (Projeto Tuskegee). (HOSSNE, 2003 p.96)

De acordo com Diniz e Guilhem (2002), o ano de 1978 representou um marco para a bioética através da consolidação do Relatório Belmont. A construção do relatório se fez como resultado dos estudos da Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos na Pesquisa Biomédica, instituída pelo governo e congresso dos Estados Unidos da América, em resposta às acusações e escândalos envolvendo pesquisas com seres humanos. Neste relatório, foram estabelecidos três princípios éticos (respeito pelas pessoas, beneficência e justiça) para promover as bases conceituais para a formulação crítica e interpretação dos dilemas morais envolvendo pesquisa científica.

Apesar de todo o movimento mundial, é no ano de 1979 que a bioética consolida sua força teórica, a partir do livro *Princípios da Ética Biomédica* de Tom Beauchamp (filósofo) e James Childress (teólogo). Neste livro, os autores propõem, como base da teoria bioética, quatro princípios: autonomia (anteriormente definido como respeito pelas pessoas), beneficência, não maleficência e justiça.

Na década de 80, a Organização Mundial da Saúde e o Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas, em 1981, elaboram as Diretrizes Internacionais propostas para a pesquisa biomédica em seres humanos, atualizada em 1993 e 2002. Este documento ampliou o campo de atuação, pois não se restringe à pesquisas médicas, abrange também a pesquisa biomédica (HOSSNE, 2003).

No ano de 1988, o Conselho Nacional de Saúde – CNS brasileiro, estabelece a Resolução nº 01/88, sobre ética na pesquisa médica, mesclando aspectos éticos das pesquisas com questões de biossegurança e de vigilância sanitária, mas que apresentou baixa adesão. Outra resolução do CNS foi elaborada em 1996 (Resolução nº 196/96). Refere-se às normas éticas das pesquisas envolvendo seres humanos e está vigente no país desde 1996.

De acordo com William Saad Hossne (2003), coordenador do Grupo Executivo de Trabalho que elaborou as novas normas contidas na Resolução nº 196/96, as resoluções vigentes no Brasil foram concebidas, delineadas e estruturadas, como peças de natureza bioética. Fugiram da tradição cartorialista, não podendo ser vistas como formal/burocrática, uma vez que este conjunto deve ser assimilado como um mecanismo para reflexões bioéticas, em tudo o que se refere à pesquisa com seres humanos.

4.2. Alguns conceitos de Bioética

Conceituando bioética, podemos dizer que ela se refere aos problemas éticos relacionados às ciências biológicas, que surgem a partir das descobertas e aplicações de novos

conhecimentos nessa área. Na Enciclopédia de Bioética, seu significado vem referenciado como “o estudo sistemático das dimensões morais, incluindo a visão, a decisão, a conduta e as normas, das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar” (ZOBOLI, 2003 p.25).

Para Van Rensselaer Potter, bioética era entendida como uma ética da sobrevivência, “uma ética da vida e do ser vivo, que abrange toda a reflexão ecológica e inclui os problemas de superpopulação” (DURAND, 2003 p.96).

Durand (2003), discorrendo sobre o conceito de bioética, relata que a aplicação do termo para Andre Hellegers do Kennedy Institute of Ethics, possuía conotação mais restrita à ética biomédica. Leroy Walters, diretor do Center of Bioethics, propõe a definição de bioética como um ramo da ética aplicada que estuda as práticas e os desenvolvimentos do campo biomédico.

Para Beauchamp e Childress (2002 p. 18) “ética é um termo genérico para várias formas de se entender e analisar a vida moral”. Para isso, os autores sugerem algumas abordagens da ética. Uma delas trabalha utilizando normas (normativas); a outra, que não segue normas (não-normativas). A ética normativa procura identificar as normas de conduta aceitáveis e suas razões, entretanto, quando se pretende identificar as implicações de teorias gerais em problemas morais, atividade prática e nas políticas em geral, utiliza-se a denominação ética prática.

Na abordagem ética não-normativa, o objetivo é identificar se a situação tem relação aos fatos ou a conceitos. Os autores apontam dois grupos distintos: o primeiro, que se refere à ética descritiva; o segundo, à metaética. A ética descritiva consiste na investigação do comportamento e das crenças morais, utilizando-se de técnicas científicas. A metaética, trata do estudo e análise da linguagem, conceitos e métodos de raciocínio da ética. Apesar da

divisão das abordagens, os autores relatam que se deve utilizá-las com cautela, uma vez que há momentos em que uma se volta para a outra.

Para Segre (1999) a bioética é uma das partes da ética que enfoca questões referentes à vida humana, tendo, como objeto de estudo a vida, mas tratando também da morte. O autor prossegue sua definição dividindo a bioética em dois ramos: o da macrobioética e o da microbioética. A primeira, aborda “matérias como a Ecologia, visando à preservação da espécie humana no planeta, ou a Medicina Sanitária dirigida para a saúde de determinadas comunidades ou populações” (SEGRE, 1999, p. 23); e a segunda, voltada para as relações entre profissionais, pacientes e instituições.

“O termo bioética se refere, freqüentemente, aos problemas éticos derivados das descobertas e das aplicações das ciências biológicas” (BERLINGUER, 1993 p.19). Para o autor, o desenvolvimento desta área teve destaque na segunda metade do século XX, em decorrência dos grandes avanços científicos nas áreas da biologia e medicina.

Berlinguer (1993) prossegue dividindo a bioética em 4 grupos: a Bioética da vida cotidiana, relacionada aos comportamentos e idéias de cada pessoa, a multiplicação das profissões coligadas à pesquisa e ao uso de descobertas biomédicas; a Bioética deontológica, que representa os códigos morais dos deveres dos profissionais; a Bioética legal, que aponta para a existência de normas reguladoras que tenham valor de lei perante o estado e a Bioética filosófica, que procura compreender os princípios e valores que estão nas bases das reflexões e das ações humanas.

A atenção é dirigida, sobretudo, para os casos de “situações limites”, negligenciando-se com freqüência os problemas morais e científicos que envolvem milhões e até bilhões de homens na vida cotidiana (BERLINGUER, 1993 p. 21).

Nesse sentido, França Jr. e Ayres (2003), fazem dois questionamentos. O primeiro diz respeito ao impacto das violações/promoções dos direitos humanos na saúde pública e o segundo, ao impacto das ações de saúde pública sobre a violação/promoção dos direitos

humanos. No primeiro, podemos citar várias situações facilmente identificáveis em nossa sociedade como o homicídio, a pena de morte, a tortura, a violência sexual, o sistema de quarentena, a falta de vigilância sobre o erro médico, entre tantas outras. O segundo questionamento dos autores, diz respeito à responsabilidade do estado sobre a violação/promoção dos direitos humanos, uma vez que “todo estado que tenha assinado e ratificado uma convenção internacional de direitos humanos, como o Brasil fez com todas, deve respeitar, proteger e efetivar os direitos humanos de seus cidadãos” (FRANÇA JR.; AYRES, 2003 p.66).

Fazendo a discussão entre bioética e direitos humanos, Durand (2003) aponta para os direitos humanos, como forma de regular o poder dos médicos/pesquisadores com o advento das tecnociências.

4.3. Bioética Cotidiana e Bioética da Proteção - uma interface com a Saúde Pública

Quando se fala em situações cotidianas, estamos, geralmente, referindo-nos às situações corriqueiras da vida das pessoas. Em bioética, referimo-nos às situações relacionadas ao pensar e agir dos indivíduos, às pesquisas e à utilização das descobertas da biomedicina. Quando Berlinguer (1996) aponta para essa vertente da bioética, o autor se refere às situações que não são as tradicionalmente questionadas eticamente (bioética de situações limites) como aborto, eutanásia, entre outras, mas sim, às situações que ocorrem na vida dos indivíduos e/ou coletividades, que são eticamente inaceitáveis por serem preveníveis.

Entretanto, Berlinguer (2004), relata que existe um cruzamento entre os temas considerados de fronteira/limite e os temas do cotidiano, uma vez que um problema cotidiano, hoje, pode ter sido um tema limite da ciência, no passado.

É fácil compreender quais implicações morais apresentam os atos de negligenciar ou esconder, atrás de uma análise útil, mas puramente descritiva da transição epidemiológica, o fato fundamental: que no passado predominavam a

cena as doenças fisiogênicas, derivadas de causas predominantemente naturais [...] nas quais o homem era objeto passivo ou agente secundário em relação aos fatores patogênicos já presentes no ambiente externo; e que no presente, por sua vez, grande parte das doenças é sobretudo *antrópica*, isto é, origina-se, principalmente, mesmo que não exclusivamente, das mudanças introduzidas no ambiente e nas relações interpessoais pela ação humana ou pela omissão de medidas preventivas e resolutivas que são conhecidas e aplicáveis (BERLINGUER, 2004, p. 71).

Quando pensamos na dinâmica do Sistema Único de Saúde, e nas demais políticas públicas, sejam elas econômicas, demográficas, territoriais ou sociais, entre outras, devemos ter clareza do problema ético existente, onde as instituições decidem as intervenções, com escolhas que pertencem à liberdade individual.

Diante da vocação da saúde pública de preocupar-se com a saúde das populações consideradas em seus contextos naturais e sócio-culturais, da prevenção de adoecimentos evitáveis (proteção defensiva), da promoção de estilos de vida mais saudáveis (proteção proativa), surge a necessidade de uma reflexão bioética que evite o reducionismo do olhar biomédico e a generalidade do olhar biocêntrico¹¹. Com o objetivo de dar conta dos problemas éticos envolvidos pelas ações em saúde pública, para isso, Schramm (2003) propõe a Bioética da Proteção.

Analisando, simultaneamente, as palavras *ethos* e *bios*; sendo que, a primeira, com o significado de “guarita”, “abrigo” e a segunda, significando “vida”, o autor conclui “que a bioética tem a ver com a proteção da qualidade da vida humana. E, considerando-se que a saúde é uma condição essencial dessa qualidade, pode-se também afirmar que a bioética ocupa-se, de maneira geral, com a proteção da saúde de indivíduos e populações humanas” (SCHRAMM, 2003 p. 74).

O direito da criança, do adolescente e de tantos outros grupos, pode ser considerado como um subconjunto dos direitos humanos. Esses estão vinculados a deveres, ou

¹¹ O princípio biocêntrico defende o respeito pela vida como centro e ponto de partida de todas as disciplinas e comportamentos humanos

responsabilidades do Estado para com seus cidadãos. Essa responsabilidade do Estado para com os membros da sociedade, deve ser feita, não meramente sobre as individualidades, mas também sobre a cidadania.

Para Schramm (2003), existem vínculos profundos entre responsabilidade individual e responsabilidade social, visto que o Estado é responsável pelo bem público e o bem da coletividade sob sua responsabilidade. Esta responsabilidade do Estado requer que se dê conta do contexto no qual ela é requerida, dependendo, portanto, das características do agente moral, das situações concretas onde ele tem que agir.

Relacionando esta concepção de proteção e responsabilidade com saúde, Schramm (2003 p. 82), apresenta a idéia de que “a saúde faria parte das oportunidades devidas a cada cidadão, da mesma forma que as liberdades fundamentais, logo, os governos, seriam responsáveis pela garantia de uma quantia mínima de qualidade de vida para todos.”

Refletindo sobre as situações do cotidiano, identificamos, atualmente, algumas questões éticas relevantes à discussão do direito à saúde.

Não se trata de saber quais e quantos são esses direitos, qual é a sua natureza e seu fundamento, se são direitos naturais ou históricos, absolutos ou relativos, mas sim qual é o modo mais seguro para garanti-los, para impedir que, apesar das solenes declarações eles sejam continuamente violados (BOBBIO, 1992 p.25).

Quando pensamos nessa relação entre os direitos legais e os direitos reais, verificamos a existência de contradições, uma vez que os direitos legais só serão garantidos quando o Estado assumir o seu papel, discutir e enfrentar os problemas históricos, sociais, econômicos inerentes à garantia dos direitos reais.

Articulando as bases fundamentais da Bioética Cotidiana de Berlinguer e a Bioética da Proteção de Schramm, podemos perceber alguns pontos onde as duas propostas convergem:

- ambas propõem a prevenção das situações evitáveis, sejam elas ações de prevenção do adoecimento/dano ou ações destinadas à promoção da saúde;

- a responsabilidade pelos fatos não nega o individual, nem tampouco se transforma em culpabilização dos indivíduos;
- o estado/sociedade, em ambas as propostas, é visto como responsável juntamente com o indivíduo;
- ambas as propostas partem do âmbito coletivo, para o âmbito individual, ou seja, verifica-se, inicialmente, a responsabilidade do Estado.

Devemos destacar que, a partir dessa aproximação, surge o referencial de análise dos dados, que considera o trabalhador da equipe de saúde da família, um representante legal do Estado e um agente moral. É nesse contexto, que pretendemos identificar suas concepções sobre direito à saúde, discutir as implicações éticas dos pensamentos de tal agente e reforçar o papel do Estado, na proteção e responsabilidade da garantia dos direitos, através das ações de saúde pública.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

Esta proposta de estudo consiste numa pesquisa qualitativa descritivo-exploratória. Para Minayo, “o trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente” (MINAYO, 2003, p.51).

A pesquisa qualitativa, na visão de Minayo “se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificado [...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações” (MINAYO, 2003, p.21).

5.1. Sujeitos de pesquisa

Os sujeitos de pesquisa deste trabalho foram os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde), que atuam na rede Municipal de Saúde de Florianópolis. Foram entrevistadas seis (6) equipes de saúde da família, selecionadas aleatoriamente do universo de quarenta e oito (48) equipes atuando na rede municipal de saúde, das quais foram entrevistados quatro integrantes (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde). Foram sorteadas nove (9) equipes. Estratégia essa utilizada para manter uma margem de segurança, no caso de desistência de algum dos grupos selecionados.

No caso dos técnicos ou auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde, por se apresentarem em maior número na equipe de saúde, optou-se pela realização de um sorteio simples, de modo que, no número total de entrevistados, haja a representação

igualitária por categoria profissional/ocupacional, com a distribuição das representações dos trabalhadores.

Essa delimitação dos sujeitos se fez com base na idéia de que esses trabalhadores são agentes morais na prestação e serviços de saúde e que a sua prática cotidiana pode ser caracterizada como um ato moral.

Alguns critérios utilizados na seleção dos trabalhadores entrevistados:

- disponibilidade de tempo para a entrevista;
- interesse e concordar em participar da pesquisa;
- concordar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e autorização para publicação de resultados do informante de pesquisa¹² (Apêndice III);
- atuar na Estratégia de Saúde da Família há pelo menos 1 ano.

Durante o contato inicial com as equipes, era verificado se todos os sujeitos cumpriam os critérios de inclusão na amostra. Algumas equipes tiveram que ser excluídas porque algum membro não quis participar. Dentre os trabalhadores que não quiseram participar, 2 eram médicos e 1 enfermeiro.

O fator determinante do número de equipes esteve relacionado à saturação das informações obtidas. Matalon & Ghiglione (1993 p.60), consideram, quanto à amostragem nos inquéritos não estatísticos, que:

[...] é inútil inquirir um grande número de pessoas. A lentidão da análise torna difícil a exploração sistemática de um número importante de entrevistas. Aliás, a experiência mostra que, para temas habitualmente tratados através destes métodos, é raro vermos surgir novas informações após a vigésima ou trigésima entrevista.

Ainda nesse sentido, Bardin (1977 p.21) declara que “o que serve de informação [...] na análise qualitativa, é a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou

¹² Adaptado de Albuquerque (2001)

de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem, que é tomado em consideração”.

Após a realização da entrevista e sua transcrição, no momento da validação dos dados, um entrevistado (médico) retirou seu consentimento e foi desligado da pesquisa. As informações foram então devolvidas ao sujeito, sendo seus dados excluídos do banco de dados da pesquisa. Tal fato motivou a existência de uma equipe com apenas três componentes. Apesar da desistência de um dos entrevistados, não houve interferência nos resultados, uma vez que, estamos trabalhando com a delimitação, segundo a saturação de dados.

5.1.1 Considerações éticas

Quando trabalhamos com investigações científicas que envolvem seres humanos como sujeitos, devemos estar atentos à algumas considerações éticas. No Brasil, com o objetivo de proteger os sujeitos de pesquisa, no ano de 1996, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a resolução 196/96, que institui que todas as pesquisas que envolvem pessoas devem seguir as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo os Seres Humanos (BRASIL, 1996). Com base nesta resolução, essa pesquisa teve por guia os seguintes cuidados:

- esclarecer os sujeitos sobre a temática do estudo, metodologia adotada e demais dúvidas presentes;
- cabe ao sujeito de pesquisa decidir sobre sua participação na pesquisa, de modo que possa desistir em qualquer uma das etapas, sem ônus para a sua pessoa;
- obtenção do consentimento voluntário, informado, livre e esclarecido e autorização para publicação de resultados do informante de pesquisa;
- não expor os participantes à situações que possam causar qualquer tipo de dano;

- garantir confidencialidade e privacidade aos participantes;
- manter o anonimato ou não, conforme a expressão da vontade dos participantes;
- garantir fidedignidade das informações, através da confirmação das informações obtidas, após a transcrição das entrevistas;
- garantir, aos participantes, o acesso aos resultados da pesquisa.

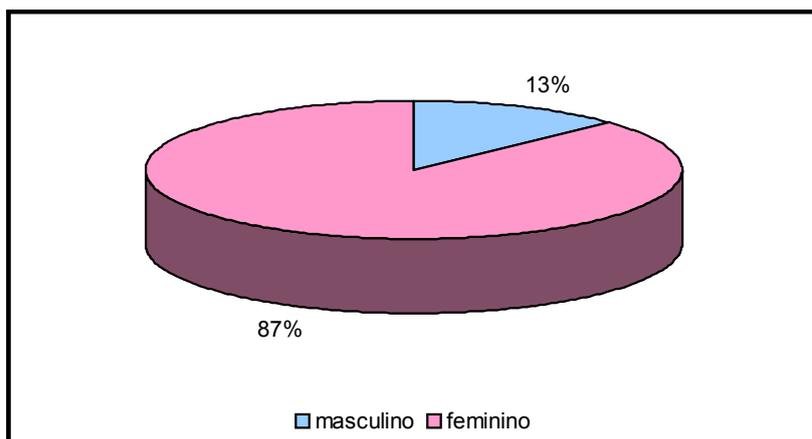
Essa pesquisa foi cadastrada no SISNEP sob o número FR-058481 e submetida à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 93/05, com aprovação na reunião do Conselho de Ética dia 25 de abril de 2005 (ANEXO 1).

Como forma de manter o anonimato dos sujeitos, adotamos a estratégia de codificação, que os identificarão com as iniciais da categoria profissional. A marcação utilizada para os médicos será a letra M, para enfermeiros a letra E, técnicos de enfermagem T e agentes comunitários de saúde a letra A. Seguido à inicial da categoria profissional, denominaremos cada profissional com o nome de uma cor, selecionada aleatoriamente por sorteio simples.

5.1.2 Perfil dos sujeitos de Pesquisa

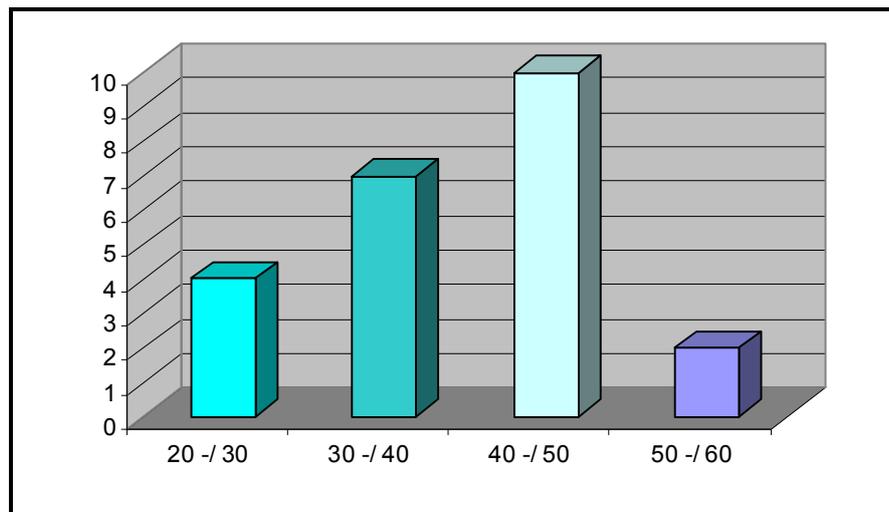
A partir do levantamento das informações relatadas pelos entrevistados foi possível a construção do perfil dos sujeitos de pesquisa conforme segue:

Figura 1 – Distribuição dos trabalhadores da equipe de saúde da família entrevistados, segundo sexo. Florianópolis, 2005



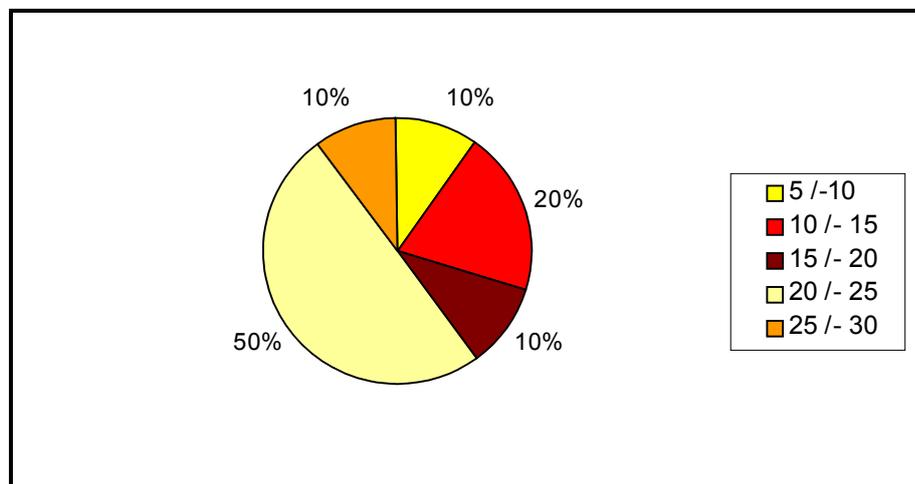
Do universo dos vinte e três (23) entrevistados, 13% dos participantes pertenciam ao sexo masculino, enquanto que 87% eram do sexo feminino. Esse dado pode refletir o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, seguindo a tendência de feminilização da mão de obra da saúde (ALVES, 2004; MACHADO, 2000).

Figura 2 – Distribuição dos trabalhadores da equipe de saúde da família entrevistados, segundo faixa etária (anos). Florianópolis, 2005



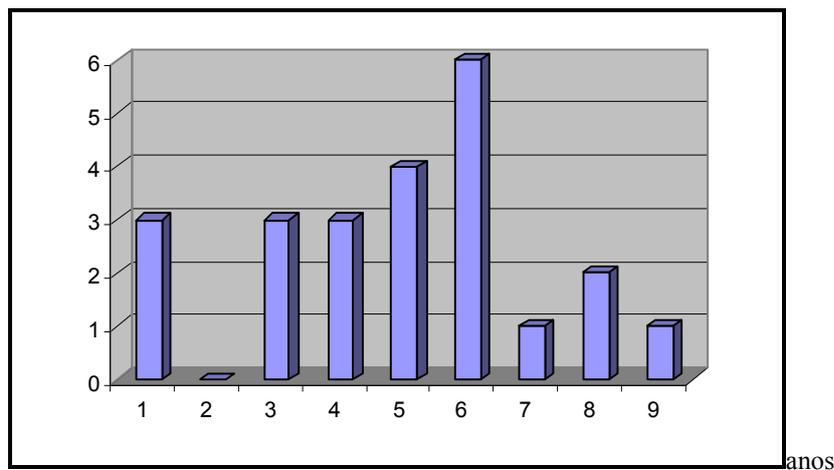
Quando analisamos a amostra, segundo faixa etária, identificamos que o maior número de trabalhadores encontra-se entre 40 e 50 anos de idade, representando 43,5% dos entrevistados, seguido pelos indivíduos entre 30 e 40 anos, que correspondem a 30,5% do total.

Figura 3: Distribuição dos trabalhadores de nível superior da equipe de saúde da família entrevistados, segundo tempo de formação (anos). Florianópolis, 2005.



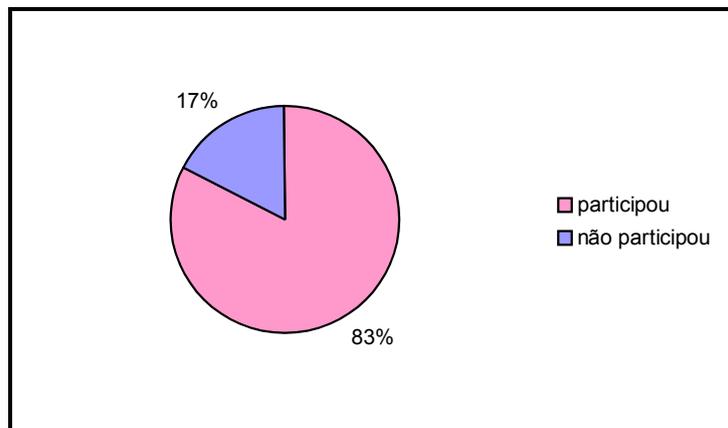
De acordo com o tempo de formação dos trabalhadores de nível superior (médicos e enfermeiros), identifica-se que 70% dos profissionais tiveram sua formação acadêmica concluída antes da implantação do SUS. Esse dado deve ser levado em consideração, uma vez que, são trabalhadores formados segundo a lógica do modelo biomédico. Eles se introduziram na atenção primária a partir da prática profissional, reforçando a visão da necessidade de se realizar educação permanente entre os trabalhadores. Deve-se ressaltar que, a partir da implantação do SUS, várias foram as reformulações curriculares nos cursos de nível superior, com o objetivo de se adequar às diretrizes curriculares e formar seus egressos para a atuação no Sistema Único de Saúde.

Figura 4 – Distribuição dos trabalhadores da equipe de saúde da família entrevistados, segundo tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família (anos). Florianópolis, 2005.



No universo dos trabalhadores entrevistados, verificou-se uma heterogeneidade no tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família. Se considerarmos o fato de que a estratégia foi proposta, no Brasil, no ano de 1994 e no município de Florianópolis, em 1998, podemos concluir que, aproximadamente, 43% dos trabalhadores participaram do processo de implantação da estratégia neste, ou em outros municípios do estado de Santa Catarina.

Figura 5 – Distribuição dos trabalhadores da equipe de saúde da família entrevistados, segundo a participação no curso introdutório no PSF. Florianópolis, 2005.



Podemos observar que a maioria dos trabalhadores (83%) participou do curso introdutório ao Programa de Saúde da Família. Devemos ter clareza que o fato de terem participado do curso introdutório não lhes garante as capacidades e habilidades necessárias à atuação nessa estratégia. Vale ressaltar que essa é uma análise global dos trabalhadores, entretanto, se analisarmos esse dado, segundo categoria profissional, esse valor atinge a marca de 100% de participação para médicos e enfermeiros. Entre os técnicos de enfermagem, 50% e entre os agentes comunitários de saúde, 77%, independente do tempo de atuação.

5.2. Coleta e registro de dados

A coleta de dados fez-se por meio de entrevistas semi-estruturadas. Todos os informantes foram indagados seguindo um roteiro, contendo temas ou perguntas que deveriam ser abordados pelo pesquisador durante a entrevista (apêndice I).

Esse tipo de entrevista permite ao pesquisador a flexibilidade na ordenação das perguntas, e também, que se explore novos temas, conforme surjam ao longo da entrevista. (TOBAR; YALOUR, 2003). Dessa maneira, o informante segue a sua linha de raciocínio dentro do foco da pesquisa colocado pelo entrevistador (TRIVIÑOS, 1987).

Segundo Minayo, “através da entrevista o pesquisador busca obter os informes contidos na fala dos atores sociais [...] através desse procedimento podemos colher dados objetivos e subjetivos” (MINAYO, 2003 p.57).

A entrevista, para Leopardi (2002), é um instrumento importante, e deve ser sempre entendida como um encontro social. De acordo com a autora, a entrevista possui três características: a intersubjetividade, a intuição e a imaginação.

Para guiar e orientar a entrevista, foi construído um instrumento no qual constaram as questões mais relevantes sobre direito à saúde, organizado em 3 momentos. Antes da sua utilização efetiva com os informantes, realizamos duas entrevistas como pré-teste para testar o instrumento.

Para garantir mais fidedignidade à compilação dos dados das entrevistas semi-estruturadas, foram utilizadas como estratégias de registro, o diário de campo e a gravação (previamente autorizada) cujos dados depois de transcritos foram encaminhados para que os informantes validassem as informações e autorizassem a divulgação dos dados.

O diário de campo foi organizado segundo a proposta de Schatzman *apud* Trentini e Paim (2004), para facilitar a organização e codificação das informações relatadas pelos participantes. Esse modelo trabalha na organização dos dados a partir das:

- notas de entrevista (NE) – constará à transcrição, na íntegra, do relato do participante;
- notas de observação (NO) – estarão descritas as informações obtidas nas informações;
- notas teóricas (NT) – consiste no relato das interpretações do pesquisador;
- notas metodológicas (NM) – nas quais serão descritas as estratégias auxiliares utilizadas na coleta das informações.

A transcrição e o preenchimento do diário de campo foram feitos conforme modelo do apêndice II.

5.3. Análise dos dados

Após a realização, transcrição e validação das entrevistas, pelos sujeitos da pesquisa, iniciamos a etapa de pré-análise e análise dos dados. Essa etapa foi realizada a partir da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977).

Na análise dos dados, Leopardi (2002) aponta alguns aspectos metodológicos que considera importantes, entre eles a objetividade, a categorização, a sistematização e a inferência. Afirma ainda, que o pesquisador deve estar treinado para realizar alguns procedimentos que possibilitarão o reconhecimento do conteúdo, como a pré-análise, a análise, o tratamento do material, inferência e interpretação dos mesmos.

A etapa de pré-análise consiste na etapa de organização dos dados, leitura do conteúdo, escolha dos registros e na determinação de critérios. Na análise os dados serão codificados, categorizados e quantificados para posterior tratamento, inferência e interpretação onde se identificará a frequência e porcentagens dos sub-temas para que se chegue à categorias de análise. Na etapa de categorização, pode-se definir pela categorização semântica, sintática, léxica ou expressiva (LEOPARDI, 2002).

A análise de conteúdos é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que segundo Bardin (1977), tem o objetivo de ultrapassar a incerteza, a fim de permitir generalizações e o enriquecimento da leitura, através da descoberta de conteúdos ou estruturas que confirmem ou não o que se procura demonstrar.

“A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente de recepção), inferência essa que recorre a indicadores (qualitativos ou não)” (BARDIN, 1977 p. 38).

A análise dos dados iniciou com a leitura flutuante das entrevistas transcritas, com o objetivo de sistematizar as idéias. Posteriormente, iniciamos a etapa de análise categorial onde

realizamos a decomposição do texto para posterior agrupamento, conforme as semelhanças. As informações foram posteriormente agrupadas, a partir da análise temática, para compor as categorias.

Categoria 1

Da ausência de doenças a processo social – diferentes concepções e conflitos

- Ausência de doenças
- Bem estar físico, mental, social e econômico
- Processo determinado por vários fatores
- Capacidade e responsabilidade do indivíduo
- Acesso aos serviços de saúde
- Contradições

Categoria 2

O direito à saúde de liberdades individuais às questões sociais

- Direito humano básico
- Liberdade individual
- Acesso aos serviços de saúde
- Relação com questões sociais
- Conflitos nas concepções dos direitos

Categoria 3

Garantia do direito à saúde de ação individual à responsabilidade do Estado

- Indivíduo e Estado
- Sociedade e Estado
- Estado

Categoria 4

Os diferentes papéis na garantia do direito à saúde

- A instituição de saúde
- A equipe de saúde da família

- O trabalhador da saúde da família

Categoria 5

A prática cotidiana do trabalho em saúde: modos e estratégias para a garantia do direito à saúde

- Prática cotidiana limitada
- Sistema e serviços de saúde
- Equidade
- Processo político e cidadania
- Condições de vida

Categoria 6

Potencialidades e obstáculos no cotidiano para a garantia do direito à saúde

- Relacionadas ao usuário
- Relacionadas aos trabalhadores
- Relacionadas à organização do sistema e serviços
- Relacionadas ao gerenciamento do sistema

6. O DIREITO À SAÚDE NA ÓTICA DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Este capítulo apresenta as categorias analíticas identificadas a partir do processo de categorização das entrevistas, o qual resultou em 6 categorias:

- Categoria 1 – De ausência de doenças a processo social – diferentes concepções e conflitos,
- Categoria 2 – O direito à saúde: de liberdades individuais à questões sociais,
- Categoria 3 – Garantia do direito à saúde: de ação individual à responsabilidade do Estado,
- Categoria 4 – Os diferentes papéis na garantia do direito à saúde,
- Categoria 5 – A prática cotidiana do trabalho em saúde: modos e estratégias para a garantia do direito à saúde,
- Categoria 6 – Potencialidades e obstáculos, no cotidiano, para a garantia do direito à saúde.

As categorias 1 e 2, De ausência de doenças a processo social – diferentes concepções e contradições da saúde e O direito à saúde de liberdades individuais à questões sociais, relacionam-se, respectivamente, ao conceito de saúde explicitado pelos trabalhadores e à concepção dos mesmos sobre o direito à saúde.

Na categoria 3, Garantia do direito à saúde de ação individual à responsabilidade do Estado, apresentamos a percepção dos entrevistados acerca da responsabilidade de diferentes atores sobre a garantia do direito à saúde. A categoria 4 - A prática cotidiana do trabalho em saúde: modos e estratégias para a garantia do direito à saúde, apresenta os modos como se garante o direito à saúde na prática.

As categorias 5 e 6 discorrem sobre o cotidiano no trabalho da saúde em diferentes perspectivas. Os diferentes papéis na garantia do direito à saúde traz uma abordagem sobre o papel da instituição, da equipe e do próprio trabalhador na garantia do direito em questão. A

composição da categoria 6 fez-se a partir das potencialidades e obstáculos no cotidiano para a garantia do direito à saúde, na ótica dos sujeitos da pesquisa.

6.1. De ausência de doenças a processo social – diferentes concepções e conflitos

No processo analítico dos dados oriundos das entrevistas, foi possível reconhecer diferentes concepções de saúde explicitadas nas falas dos trabalhadores da equipe de saúde da família, o que possibilitou identificar as bases teóricas que sustentam o entendimento dos mesmos sobre saúde e o direito à saúde.

A visão dos trabalhadores variou desde a ausência de doenças, ao bem estar físico, mental, social e econômico, passando pela idéia de um processo determinado por diferentes fatores. Alguns sugeriram a relação entre saúde e capacidades do indivíduo, de modo que a garantia da saúde seria uma responsabilidade do próprio indivíduo. A relação saúde e acesso aos serviços de saúde também foi mencionada, assim como, algumas contradições na elaboração do conceito.

O conceito de saúde como ausência de doença foi apontado por enfermeiros e agentes comunitários de saúde, entretanto essa concepção não apareceu de forma isolada, e sim complementada por outras formulações conceituais.

saúde para mim, além da ausência de doença é estar bem físico, mentalmente... (E - Amarelo)

não estar sentindo dor ou necessitando estar tomando remédio todos os dias. (A - Púrpura)

Diante dessa visão, observa-se que o tema saúde ainda está intimamente vinculado à doença. Sendo uma visão bastante presente no modelo biomédico onde o foco principal é a enfermidade e a sua cura através de um tratamento específico, conforme os episódios, a partir da atuação essencialmente médica. Assim, observa-se que tal modelo ainda permeia a visão e os modos de “fazer” saúde de alguns profissionais.

Caponi (2003), discutindo alguns conceitos de saúde nos remete ao conceito de Christopher Boorse, cuja concepção aproxima-se daquela apresentada pelos trabalhadores quando define saúde como ausência de doença, e doença como um estado que interfere no funcionamento normal dos órgãos.

A proposta da política pública brasileira enunciada pelo SUS, indicando a necessidade de mudança do modelo biomédico centrado na doença e na cura para um modelo de atenção à saúde, é datada de 1988 e regulamentada em 1990. Contudo, 15 anos depois da regulamentação, percebemos que a visão médico-centrada ainda direciona alguns modos de fazer no cotidiano do trabalho na saúde.

Desse modo, ocorre uma incompatibilidade de visões, na prática, quando percebemos que a Estratégia Saúde da Família, cujo modelo é o promocional em saúde, que objetiva reorganizar o modelo é operacionalizada por trabalhadores que pensam saúde de acordo com o modelo biomédico. Como mudar um sistema cuja engrenagem é movida pelos sujeitos que o constituem, sejam trabalhadores ou usuários, mas cuja visão permanece inalterada?

Uma outra visão, amplamente apresentada pelos trabalhadores, está relacionada ao bem estar dos indivíduos. Isso se observa nas falas que seguem:

é um estado de bem estar não somente físico, mas também emocional de condições sociais essenciais de bem estar (M - Magenta)

bem-estar físico, mental, emocional, ter acesso às coisas, ser solidário (E - Rosa)

saúde é tu estares bem, totalmente bem, psicologicamente falando, fisicamente falando, tem que estar disposta, estar bem em tudo, isso para mim é estar saudável (T - Bege)

não é só a saúde física, para mim saúde mental, é social, para mim saúde é um todo (A - Roxo)

Na visão destes trabalhadores, saúde é bem estar biopsicossocial, independente da presença ou ausência de doenças. Essa apreciação apresenta-se fortemente influenciada pelo

conceito da Organização Mundial da Saúde, datada de 1946, que define *saúde como um estado completo de bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças*.

Ao longo dos anos, essa concepção sofreu duras críticas direcionadas ao seu caráter utópico, uma vez que, a população não permanece constantemente em um estado pleno de bem estar. Além disso, seria praticamente impossível mensurar a saúde a partir desta definição.

De acordo com Caponi (2003, p. 67) a grande dificuldade desse conceito não está somente na subjetividade ou no caráter utópico que o mesmo adquire, e sim, na interpretação que pode ser dada ao mesmo. Com base nesse conceito, pode-se determinar o que é politicamente conveniente como a exclusão do que é considerado indesejado, fora da normalidade ou arriscado. “O certo é que os infortúnios, assim como as doenças, sejam eles procurados ou desejados, fazem parte da nossa existência e não podem ser pensados em termos de crimes e de castigos”.

Ainda conforme a mesma autora, esse estado de bem estar pressupõe um viver sem angústias, erros, fracassos. Entretanto, nesse mundo de acidentes possíveis, a saúde deveria ser pensada como a possibilidade de enfrentar esses desafios (CAPONI, 2003).

Outro modo de entender saúde reflete a visão da maioria dos entrevistados e se refere ao conceito como um processo determinado por vários fatores. No que tange esse aspecto, os entrevistados relatam:

um grande determinante dessa questão de saúde e doença é o meio, outro é o mundo interior do paciente [...] as questões estruturais, familiares, as vezes, muito mais profundas que também moldam esse ser (M - Cianês).

que saúde é um complemento de tudo, se a pessoa realmente tem todas essas condições ela pode até arrumar uma doença, mas ela vai se tratar e vai ficar bem (E - Coral).

É estar bem consigo, com o meio, com as pessoas que convivem ao seu redor... ter direito a ter direitos (T - Ameixa)

precisa de algumas coisas: alimentação, vamos discutir aqui o que é básico, nada de mais... mas eu preciso de alimentação, de moradia não

precisa ser nada luxuoso, mas o mínimo necessário, transporte, tudo que a gente precisa para levar uma vida mais saudável... [...] ter no mínimo as nossas necessidades básicas que são transporte, moradia, alimentação, lazer, por que se nós não tivermos isso eu não acredito... (E - Ocre)

saúde para mim é um todo, a escola, lazer, educação, é tudo. Eu acho que as pessoas deveriam pensar que a saúde não é só aquela saúde física (A - Roxo).

Para esses trabalhadores, a saúde é entendida como um processo social determinado por diversos fatores, entre eles: educação, trabalho, lazer, moradia, alimentação, atividade física, meio ambiente, e questões relacionadas ao indivíduo como a genética e o estado psicológico dos mesmos. Desse modo, a garantia da saúde consiste em uma condição básica para o indivíduo ter uma boa vida.

Ao encontro dessa visão, Starfield (2002 p. 22) descreve que a saúde possui muitos determinantes, entre eles, a estrutura genética dos indivíduos, o ambiente social e físico, os comportamentos individuais e a atenção dos serviços de saúde. Para a autora, “a saúde de um indivíduo ou de uma população é determinada por sua combinação genética, mas grandemente modificado pelo ambiente social e físico, por comportamentos que são culturais ou socialmente determinados, pela natureza da atenção à saúde oferecida”.

Na Constituição Federal a saúde passa a ser entendida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado. O conceito de saúde adotado pelo SUS também compartilha desta visão, quando a compreende como um produto social e histórico condicionado pelas condições de vida e de trabalho das pessoas.

De acordo com o Art. 3º da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 2003).

A Estratégia Saúde da Família, como uma proposta para a modificação do modelo de saúde vigente, é regida pela concepção de saúde proposta pelo SUS. Desse modo, se pensamos em saúde como uma resultante de vários fatores, devemos ter a clareza que o sistema único de saúde sozinho não dará conta da garantia desse direito. Nesse caso, há a necessidade de políticas de desenvolvimento social que dêem suporte à população para o gozo dos direitos de cidadão.

Se considerarmos esse somatório de fatores, desde as questões individuais até as sociais, identificaremos então, que a existência de desigualdades interfere na saúde dos sujeitos e coletividades. Para Minayo (2000), a desigualdade faz referência à distância existente entre os extratos populacionais, no que se refere às questões econômicas, aos bens, serviços e direitos sociais.

Segundo Berlinguer (1993) as classes sociais mais abastadas de recursos são as que primeiro se beneficiam dos progressos da medicina, de forma que as doenças continuariam a agir nas classes desfavorecidas. Dentre as condições de vida que fazem parte desse somatório de fatores, o autor destaca o papel do trabalho, não somente pela necessidade financeira, mas para evitar os sofrimentos psicossomáticos originários da falta do mesmo.

Por outro lado, alguns sujeitos da pesquisa consideram que o conceito de saúde tem relação com as responsabilidades dos indivíduos como segue no relato abaixo:

é interno de cada um. Para a gente ter saúde é a questão interior, a busca disso, dar oportunidade da pessoa procurar isso. (M - Lilás)

Nessa visão, a responsabilidade pela saúde e, portanto, pela não saúde, são características dos sujeitos, e como tal depende das capacidades individuais a potencialização da mesma.

Segundo Berlinguer (1993), limitar a responsabilidade pela saúde, exclusivamente, ao indivíduo, pode favorecer ao que o autor denomina a culpabilização da vítima, isto é, ir além

da responsabilização culpando-o por um fenômeno tão complexo como a saúde ou a doença. Ele defende a idéia de que as escolhas ou capacidades individuais são influenciadas pelo meio em que este sujeito está inserido. Desse modo, cabe ao estado prover as condições necessárias para que as pessoas decidam de maneira livre sobre seus hábitos.

De acordo com Schramm (2000), a saúde faria parte das oportunidades devidas a cada cidadão, da mesma forma que as liberdades fundamentais. Logo, os governos, seriam responsáveis pela garantia de uma quantia mínima de qualidade de vida para todos.

Uma outra visão apresentada pelos trabalhadores, associa a saúde ao acesso aos serviços de saúde, como vemos a seguir:

A saúde é assim, vir, marcar uma consulta, ser bem atendido, seria saúde em geral pra cuidar da minha doença. (A - Aquarela)

Esse modo de entender saúde, isoladamente não dá conta de responder às ações voltadas à saúde como a promoção, a prevenção e a cura de doenças. Entretanto, o acesso ao serviço e atendimento, em caso de doença, é uma das circunstâncias necessárias para restabelecer a saúde dos sujeitos.

Dentre os princípios do SUS, destacamos a integralidade da assistência, que deve ser entendida como um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, de acordo com cada caso, em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2003).

Conforme Berlinguer (2004), quando a saúde é reduzida ao acesso à assistência em caso de necessidade, a prevenção, que sugere a intervenção no ambiente, sociedade, e educação entre outros, se reduz à medicina preventiva.

Uma outra questão observada refere-se ao fato de que alguns conflitos emergiram durante a exposição dos trabalhadores sobre o conceito de saúde. Dentre eles, a dificuldade em diferenciar saúde de doença; a existência da visão que saúde é diferente para os

profissionais e para a população; além da idéia de que ter saúde é não sentir dor ou tomar remédios.

Temos a ciência de que o conceito de saúde é algo complexo e pouco discutido no cotidiano dos trabalhadores da área. Contudo, como representantes do Estado, cabe aos trabalhadores a operacionalização das políticas de saúde vigentes no intuito de garantir o direito à saúde da população e, dessa forma, contribuir para a qualidade de vida dos indivíduos. Portanto, o conceito de saúde torna-se elemento central na construção do marco teórico-filosófico que dará suporte ao modelo de assistência e para o fazer cotidiano dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família guiando, inclusive, a concepção do direito à saúde e demais princípios norteadores.

6.2 O direito à saúde: de liberdades individuais a questões sociais

Nessa categoria, descrevemos qual o entendimento dos trabalhadores de saúde da família sobre o direito à saúde. O objetivo, ao questioná-los sobre essa temática, estava relacionado ao fato de que os trabalhadores representam uma das arestas que operacionalizam o Sistema Único de Saúde; nesse caso, focando a Estratégia de Saúde da Família, e, como tal, são atores na garantia do direito à saúde da população.

Dentre as diferentes concepções sobre o tema, verificou-se que o direito, na visão dos entrevistados, variava desde o entendimento deste como um direito humano básico, como uma liberdade individual, ou, ainda de modo restrito, ao acesso aos serviços de saúde. Além das questões sociais apontadas como direito à saúde, observamos também a existência de algumas contradições no tocante a este direito.

A percepção do direito à saúde como um direito humano básico, fez-se presente na fala dos agentes de saúde, enfermeiros e médicos.

[...] acho que é inerente ao ser humano e isso... a legislação nos garante apesar do sistema único de saúde ter suas falha (M - Vermelho).

É um direito de ser humano. É um direito básico (A - Laranja).

Direito à saúde é aquilo que todos nós temos desde que somos humanos aqui nesse planeta, humanos, crianças, os animais também tem direito a saúde... independente de classe social, de qualquer outra questão, raça, religião, todos nós temos (E - Amarelo).

Durand (2003) compartilha desse pensamento ao afirmar que os direitos humanos são direitos que nascem com o ser humano, são direitos fundamentais, imprescindíveis e universais.

Entretanto, essa conceituação de direito como algo inerente ou natural do ser humano, desde o nascimento, apresenta-se fragilizada e mesmo contraditória ao que Cohen e Ferraz (2002, p. 69) explicitam quando constatarem que tais direitos “não existem naturalmente no indivíduo. Se assim fosse, não necessitaríamos criá-los ou impô-los, pois eles estariam plasmados no próprio indivíduo”. Desse modo, podemos entender que eles nascem da cultura dos grupos, cabendo então à sociedade a preservação e seu cumprimento.

Uma outra visão apresentada foi a de direito à saúde, como uma liberdade individual de escolher e decidir, a partir de informações disponibilizadas pelo Estado. Essa percepção fez-se presente na fala de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Direito à saúde é ter direito a escolher como será o seu dia, a tua vida, teus programas...(T - Preto)

O direito à saúde começa pela informação, pela auto-estima, de você se preservar [...] de poder fazer escolhas...(E - Rosa)

É o direito de desenvolver plenamente essas capacidades, [...] ele tem que ser visto como um direito de desenvolvimento das capacidades... (M - Vermelho)

De acordo com essa forma de ver o direito à saúde, a garantia das liberdades individuais, asseguraria tal direito. Segundo Ferreira (1999) a garantia das liberdades individuais insere-se nos direitos de primeira geração, enquanto que a saúde é discutida nos

direitos sociais ou de segunda geração. Os direitos de segunda geração não excluem os de primeira, ao contrário, são complementados por eles. Portanto, as liberdades individuais sozinhas não garantem o direito à saúde, mas são necessárias para o respeito e cumprimento destes.

Essa visão das liberdades individuais é defendida pelos individualistas liberais. Para eles, a principal preocupação com a moralidade social é a proteção dos interesses individuais, contra as invasões do Estado. Em relação ao direito à saúde, essa visão é limitada, pois exclui as necessidades sociais, os bens comuns, as formas de proteção da saúde pública (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Sobre essa questão, Fortes e Zobolli (2003, p.17) acreditam que “as ações de saúde pública podem gerar conflitos morais, pois muitas vezes limitam-se ou restringem liberdades e decisões individuais ensejando o bem comum [...] assim o faz em nome da supremacia do interesse público sobre o individual”.

Segundo Beauchamp e Childress (2002), tanto a escolha individual como a liberdade de vontade, podem ser entendidas como autonomia. Nesse sentido, para que o indivíduo tome decisões autônomas, é necessário que possua capacidade de autogoverno, entretanto esta pode ser influenciada em razão de restrições temporárias. Em um exemplo prático do cotidiano, poderíamos citar um usuário dos serviços de saúde, com déficit no conhecimento para seu autocuidado e hábitos saudáveis. Sua capacidade de autogoverno está limitada temporariamente pela falta de conhecimento para o autocuidado.

Para que pudéssemos tomar decisões autônomas, no tocante ao direito à saúde, seria necessário, inicialmente invalidar as restrições temporárias. No exemplo acima, a orientação e o esclarecimento do sujeito seriam estratégias utilizadas para invalidar a restrição temporária da falta de conhecimento.

Um outro modo de entender o direito à saúde, relatado pela maioria dos trabalhadores entrevistados foi a visão de direito à saúde como acesso aos serviços de saúde.

Eu acho que é ter acesso a todas as assistências de saúde (E - Coral).

é o direito ao atendimento. Atendimento médico porque o resto a gente não consegue resolver, pelo menos não por enquanto, mas como saúde engloba tudo isso deveria ter direito a tudo isso, mas hoje a gente não consegue suprir tudo isso (T - Preto).

Direito a um atendimento quando for preciso, de um médico (A - Aquarela).

direito à saúde é ter direito a ter um atendimento, de ter o que ele necessita naquele momento, para continuar vivendo bem (M - Lilás).

Conforme a manifestação dos entrevistados, percebe-se que o direito é garantido não somente pelo acesso aos serviços de saúde, mas por um atendimento integral e resolutivo, sobretudo o atendimento médico.

No que se relaciona ao acesso, Berlinguer (1996), discorrendo sobre o tema, relata que o direito à assistência está ligado ao direito à saúde, estando, na maioria das vezes, influenciado pelas relações contratuais, dependendo da convergência de interesses. Ainda assim, o autor reconhece que o sistema assistencial não deve ser o foco das ações de garantia do direito à saúde. Outrossim, “quando tal direito é negado, aumenta a parcela considerável de sofrimento que é social e tecnicamente evitável; e à doença, que de per si é fonte de tormento, junta-se imerecida punição” (BERLINGUER, 1996 p. 76).

A relação contratual para a qual o autor chama a atenção, no Brasil pode ser visualizada na Constituição Federal de 1988. Ela define direito à saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Contudo, a negação desse direito é uma realidade presente no cotidiano de muitas equipes de saúde da família, como descrevem alguns entrevistados quando comentam o caso relacionado à falta de vagas para o atendimento:

Essa é uma situação que nós temos todos dias pela manhã, final da tarde, começo da manhã, começo da tarde... no nosso posto de saúde (M - Lilás).

ele tem que ligar para a ouvidoria, ele enquanto cidadão tem todo direito de ligar para ouvidoria reclamar do posto que mandou ele três vezes embora, é um direito dele. Ele é um cidadão que paga imposto, portanto ele tem direito à saúde (T - Ameixa).

Os médicos não suportam a demanda total... (T - Verde)

Essas falas reiteram a idéia do direito como o acesso ao atendimento médico. Apesar da proposta de mudança do modelo assistencial, verificamos que a figura do médico ainda se faz muito presente. Podemos perceber uma redução do conceito de direito à saúde que, inicialmente, restringe-se ao acesso aos serviços de saúde, focado no atendimento médico.

A proposta do SUS e da estratégia de saúde da família é justamente modificar essa redução do serviço de saúde ao serviço médico. Entretanto, observamos que essa mudança é gradual, uma vez que grande parte dos trabalhadores ainda define o direito à saúde dessa forma. É importante destacar que, do universo dos sujeitos participantes da pesquisa (que possuem nível superior), a maioria formou-se antes da promulgação da Lei Orgânica da Saúde e do início do processo de consolidação do SUS.

Percebe-se, mais uma vez, a subjetividade medicalizada influenciando na forma de ver o direito à saúde apenas como acesso à assistência médica. Além da inversão de valores quando o acesso ao atendimento integral e as condições de vida são meros coadjuvantes do acesso ao atendimento médico.

Esse fato reforça ainda mais a relevância de um processo de preparação e capacitação dos mesmos para a transformação do modelo assistencial vigente redirecionando para o modelo assistencial proposto.

Na visão de um entrevistado o direito não está relacionado somente ao acesso, mas a necessidade de um atendimento integral e resolutivo conforme o preconizado nas diretrizes do SUS.

é ter direito ao acesso à saúde, à porta de entrada, que somos nós hoje unidades locais de saúde e, também, ter direito à saída do sistema de saúde. [...] O atendimento completo, é a resolutividade (E – Branco).

Um outro ponto de vista que foi colocado pelos entrevistados, diz respeito à relação entre o direito à saúde e as questões sociais, conforme seguem os depoimentos:

[...] ter direito ao trabalho, conviver num meio saudável, ter uma situação financeira média, não precisa ser o melhor, mas o suficiente para viver com dignidade, todos tem direito à saúde, procurar meios para tratar as doenças para ter uma vida mais saudável, ter direito a atendimento, exames, consultas [...] para que ele venha a ter uma vida com saúde. (T - Verde).

[...] é ter direito às condições dignas de vida, trabalho, educação, saúde, lazer, moradia, [...] saneamento, arte e outros. Eu acho que é o básico, nós temos que garantir esse básico para começar a falar de outras coisas, precisamos garantir distribuição de renda melhor, para que ele possa ter acesso, educação de qualidade, habitação, toda essa malha social... isso é direito a saúde, mais do que acesso ao posto, o acesso ao posto é importante, mas ele é complementar (M - Cianês).

É um direito que nós pagamos através de impostos e mais impostos. [...] O governo tem obrigação de nos proporcionar isso daí (A - Laranja).

Esses relatos explicitam a idéia de que o direito à saúde é um dever do Estado e cabe a ele garantir o acesso às condições básicas de vida (saúde, trabalho, transporte, educação). Enquanto a população, por sua vez, contribui através do pagamento de impostos. Entretanto, verifica-se que essa garantia muitas vezes é influenciada pelos diferentes modos de organização da sociedade.

No entendimento de Berlinguer (1993) a perda da saúde depende de fatores biológicos, físicos e químicos sendo as causas sociais condicionantes e/ou determinantes desta. Para o autor, a posição social do indivíduo interfere na frequência, andamento e conseqüência da doença.

Pode-se pensar então na perspectiva que o direito à saúde pode ser considerado uma defesa do homem contra si próprio, no reconhecimento e vontade de se contrapor à própria crueldade, aos conflitos entre interesses e paixões litigantes (RAMOS, 2001).

Cabe, então, ao Estado, proteger as populações sob sua responsabilidade. Para tanto, deve assumir as ações necessárias para responder às necessidades da população, protegendo-a diante das ameaças à sua saúde (SCHRAMM, 2000).

Diante do cenário de inúmeras desigualdades sociais, a população encontra-se vulnerável às ameaças à sua saúde. Segundo Anjos (2000), a bioética deve estar atenta à sociedade que se encontra seriamente doente e reproduz a má qualidade de vida, uma vez que, vida e saúde resultam de uma construção social.

Algumas desigualdades são percebidas no cotidiano como descrito no relato a seguir:

o direito à saúde acaba sendo diferenciado para as diversas classes de pessoas, com menos ou mais dinheiro, mais conhecidos ou menos conhecidos. A nossa sociedade no geral não pensa que todos têm o direito a saúde [...] o discurso pode ser esse de que todos temos direito a saúde, mas chega na hora da necessidade [...] aquele que tem mais condições financeiras, aquele que tem conhecidos, que tem canais mais eficientes para chegar a resolver essas questões são os que mais conseguem resolver seus problemas, então teria os seus direitos garantidos e aqueles outros que não tem essas “facilidades” não teriam os seus direitos garantidos, pelo contrário, teriam dificuldades (E – Amarelo).

Nessa fala, evidencia-se um tema amplamente discutido por Garrafa (2003), qual seja, com as transformações das relações sociais, evidentes na globalização, a saúde passou a ser vista como um objeto de consumo. Os que possuem mais recursos adquirem a mercadoria e os que não possuem, sucumbem. Diante dessa realidade de recursos escassos, a bioética poderia contribuir nas discussões sobre prioridades e distribuição dos recursos de maneira mais justa e equitativa.

Para Fortes (2002), deve-se ter clareza que as desigualdades podem ser minimizadas por meio de políticas e ações fundamentadas na equidade e na responsabilidade social. Para isso, o Estado e a sociedade devem retomar, como norteadores, a responsabilidade social, a responsabilidade pelo outro, pelo mais necessitado como forma de minimizar e combater tais desigualdades.

Mais uma vez, vale resgatar as palavras de Berlinguer (1996), quando afirma que essa garantia é dependente de interesses. Atualmente, em tempos de globalização, parece utópico a idéia de um Estado que garanta as necessidades básicas dos sujeitos sob sua responsabilidade. Entretanto, “quanto mais organizada a população estiver para reivindicar e defender seus interesses, maiores serão as possibilidades de participação e decisão efetiva em todo o processo produtivo” (GARRAFA, 2003, p.53).

Alguns conflitos entre a visão dos trabalhadores e os direitos adquiridos foram observados nas exposições relacionadas ao conceito de direito à saúde, como descrevemos à seguir:

todo mundo que trabalhasse deveria ter direito a saúde (A – Aquarela)

Essa concepção caracteriza a lógica dos direitos condicionais que “só se aplicam àqueles cuja situação torna necessário o seu uso. [...] vigem apenas para quem depende deles para ter acesso à parcela da renda social, condição muitas vezes fundamental para a sua sobrevivência física e social” (SINGER, 2003. p.191).

Embora a concepção vigente no Brasil referir-se ao direito à saúde como um direito de todos e, portanto, não restritivo, observamos que a questão circunscrita aos trabalhadores remete à crença de que tal direito está atrelado ao poder de contribuição dos sujeitos através de impostos. Tal idéia nega o avanço assegurado na Constituição Federal de 1988, o qual garantia, indistintamente, este direito a todo e qualquer cidadão brasileiro.

6.3. Garantia do direito à saúde: de ação individual à responsabilidade do Estado

Nessa categoria, discutiremos, a partir da percepção dos trabalhadores, a quem cabe garantir o direito à saúde. Sobre essa questão foi possível perceber três diferentes visões,

desde a idéia de responsabilidade individual, passando pela responsabilidade social até a responsabilidade do Estado.

Para alguns trabalhadores, o direito deve ser garantido através da iniciativa individual, como vemos a seguir:

se a gente realmente exigir talvez a gente consiga, mas a [...] gente aceita, se acostuma com aquilo, não procura, não vai atrás por que tu achas que não vais conseguir (T - Preto)

Apesar de apontar para a responsabilidade individual, em alguns momentos, os trabalhadores resgatam o papel do Estado, porém focalizam a responsabilidade pela garantia do direito à saúde essencialmente na figura do indivíduo, referenciando-a pela falta de iniciativa e mobilização dos próprios sujeitos. Nessa lógica, podemos dizer que o usuário acaba sendo punido duplamente. Primeiro, por estar doente (reflexo se sua vulnerabilidade, discutida no item anterior), necessitando gozar do direito à saúde. Segundo, pelo fato de não ter reivindicado um direito que já lhe é garantido, pelo menos no plano legal, a todos no Brasil.

Sposati e Lobo (1992) compartilham desse ponto de vista quando afirmam que o usuário apresenta um duplo ônus, além de possuir a necessidade, deve gastar um sobre esforço para criar a solução.

Essa repreensão da vítima (*victim blaming*), de acordo com Berlinguer (1993), é uma tendência que vem sendo difundida nos países desenvolvidos. A culpabilização tende a não colocar em discussão o papel social e político do Estado, opondo-se às verdades científicas e às exigências de saúde. O autor reforça a idéia de que é essencial, preliminarmente, discutir-se o papel do Estado na garantia do direito à saúde, embora seja necessária a atuação em todas as frentes, individuais e coletivas, comportamentais e ambientais para que se obtenha resultados positivos.

A proposta da Constituição Federal Brasileira vai ao encontro das afirmações de Berlinguer, quando define saúde como um direito de todos e dever do Estado. Contudo, as garantias conquistadas legalmente, registradas pela Constituição e pelas Leis Orgânicas ainda não foram efetivadas no plano operacional. Para Mendes (1999) essas garantias foram impostas a um Estado incapaz de reverter o quadro social, fruto da crise pela qual passou o país na década de 80.

Entretanto, deve-se “reiterar o caráter processual do SUS e a necessidade de dar tempo e condições a esse processo social que, por envolver mudança paradigmática, transformação cultural, portanto, será, por natureza, de maturação lenta” (MENDES, 1999 p.67).

Uma outra visão apresentada por grande parte dos trabalhadores, sugere que a responsabilidade pela garantia do direito à saúde está na sociedade e no Estado, outros atribuem esse papel somente ao Estado.

dizem que é o governo, sei lá, mas o cidadão também é responsável, ele que elege esse povo que está lá, então tem que pensar bem (T - Bronze)

eu acho que a nós todos, eu como cidadã... [...] essa história de que é o Estado, mas quem é Estado? Somos nós, e então eu acho fundamentalmente eu, e quando digo eu, somos nós. (E - Ocre)

é a obrigação do governo, em diversas instâncias proporcionar esse acesso saúde para a comunidade (M - Lilás)

ao governo em si, por que no caso tu pagas os impostos para ter educação, saúde, isso deveria ser assim, eles dizem que é. (A - Púrpura)

O Estado, você paga imposto...isso é responsabilidade do Estado... eu apenas sou articuladora (E - Violeta)

Ao Estado, com certeza... (T – Ameixa)

Essa visão vai ao encontro da definição de saúde como um direito social. Segundo Ferreira (1999), os direitos sociais geralmente são de responsabilidade do Estado. No caso da sociedade brasileira, tais direitos são assegurados nos artigos 196, 205, 215, 217, 180, 201 da Constituição Federal, que tratam, respectivamente, sobre os direitos à saúde, à educação, à cultura, ao lazer, ao desporto, ao turismo, entre outros. Sobre determinados direitos, como o

direito à educação, há uma co-responsabilidade da sociedade e dos indivíduos na garantia dos mesmos, nesse caso, dos pais. Nessa percepção, a sociedade é representada pelos cidadãos, sendo o cidadão agente de direitos e deveres dentro da organização social.

No exercício de direitos e deveres próprios da cidadania, os indivíduos assumem o papel de atores sociais. Conforme Cohn (2003), o SUS traz uma nova constitucionalidade de participação no processo de tomada de decisões políticas através do controle social. A comunidade participa na gestão, no controle e na fiscalização dos serviços de saúde por meio dos Conselhos de Saúde.

Para Correia (2000 p.53), “o controle social envolve a capacidade que a sociedade civil tem de intervir na gestão pública, orientando as ações do estado e os gastos estatais na direção dos interesses da coletividade”. Na perspectiva democrática, quem paga os serviços públicos é a população, e como tal, deve participar da decisão de onde e como os recursos devem ser gastos.

Desse modo, o controle social constitui uma possibilidade da sociedade influenciar as políticas públicas, no intuito de atender às necessidades apresentadas pela população. O controle social assume um papel fundamental no processo de conquista e garantia dos direitos, sejam eles sociais ou individuais, uma vez que a concretização dos direitos se faz no jogo das forças entre os atores sociais em permanente confronto com o cotidiano.

Conforme Bobbio (1992) é função da linguagem dos direitos emprestar força particular às reivindicações dos movimentos que demandam para si e para os outros, satisfação de novas carências materiais e morais; ao mesmo tempo em que a torna enganadora e obscurece a diferença entre o direito reivindicado e o direito reconhecido e protegido.

6.4. Os diferentes papéis na garantia do direito à saúde

No processo analítico dos dados, foi possível identificar diferentes papéis atribuídos aos diferentes atores envolvidos na garantia do direito à saúde. Dentre eles destacaram-se o papel institucional, o papel da equipe de Saúde da Família e o papel do trabalhador, que são discutidos a seguir.

Para os trabalhadores entrevistados, o papel da instituição de saúde está relacionado diretamente à garantia do acesso ao serviço de saúde, além de oferecer serviços de saúde resolutivos com atenção integral e de qualidade.

O papel do sistema de saúde, hoje na garantia da saúde é a acessibilidade [...] Os serviços de saúde precisam centrar mais nos dirigentes e trabalhar mais a sua ética. É o falar a mesma língua (E - Branco)

Atendendo, prevenindo e atendendo a comunidade.(A - Marrom)

a função do centro de saúde além de cumprir as obrigações e atender bem a comunidade. Fazer com que as pessoas chegam aqui e sintam-se bem [...] O governo, o Sistema Único de Saúde não discrimina ninguém, então a função da unidade de saúde atender bem a comunidade, é respeitar a pessoa que chega aqui.(A - Laranja)

Tendo uma boa estrutura, garantir qualidade [...] mudar a credibilidade que a comunidade tem em relação ao serviço da atenção primária (M - Vermelho)

Então o meu papel é ser eficiente, não só o modelo biomédico... (M - Cianês)

Nessa percepção, é possível identificar uma aproximação ao discurso legal do SUS e da Estratégia de Saúde da Família, sobretudo no que se refere aos princípios e diretrizes norteadoras propostas por essa política pública. Entretanto, quando os entrevistados apresentam as respostas ao caso 1 (relacionado às diferentes demandas de usuários), refletem o cotidiano do serviço, e percebe-se algumas contradições entre a conduta legalmente preconizada e a conduta real nas situações do dia a dia, como nos relatos a seguir:

se ela (usuária) vem cada vez com um problema diferente, a equipe acha ela uma chata, [...] na percepção da unidade não é muito bem vinda não,

nós ainda estamos naquele modelo que o paciente que vem muito dentro do posto é um paciente que incomoda a equipe. Eu percebo que a equipe se incomodaria por que o usuário esta sempre com problemas diferentes, mas eu acho que é uma questão de observar esse indivíduo, querer se envolver, querer estar mais próximo, de querer cuidar...(E - Violeta).

tem gente que diz “ai, que chata, lá vem ela de volta” mas é a necessidade, às vezes não tem atenção dos familiares... (T – Bronze).

Todavia, outros relatos explicitaram um outro modo de ver esse usuário:

o mínimo que se pode fazer quando ele chegar acolher de maneira correta, da maneira que você gostaria de ser acolhido (T - Ameixa).

Quando é no posto, alguma coisa que eu precise do posto se resolve, agora quando é num lugar mais especializado, [...] fica meio travado (T – Preto).

Segundo Cohen e Segre (2002), os comportamentos e os valores adotados pelos indivíduos são consequência da cultura, sociedade e personalidade de cada um, o que pode justificar então, as diferentes maneiras de conduzir e compreender as situações.

Uma outra função atribuída à gestão dos serviços de saúde diz respeito a capacidade de prover as condições necessárias para o plano de desenvolvimento dos serviços e ações de saúde nos diferentes aspectos: a organização do processo de trabalho, a capacitação dos trabalhadores, bem como a estruturação física das unidades de saúde.

A secretaria de saúde é que tem que dar o espaço, não o espaço profissional, o espaço físico, o profissional porque ela tem que capacitar isso é parte do serviço capacitar, do gestor e principalmente dar aos profissionais qualificados, que é o médico, dentista e organização... e o resto é o cliente chegar e a gente fazer o que sabe (E - Violeta).

A instituição de saúde deve... capacitar essas equipes, para que elas possam garantir a saúde à comunidade. Porque não adianta colocar uma pessoa que não sabe o que deve fazer, o que é PSF... (M - Lilás).

a instituição também deve exigir a quem está superior a ela para garantir o atendimento e também ser organizada para poder reivindicar, por que se não se organiza não consegue nada (E – Ocre).

Esta visão apareceu predominantemente entre os profissionais de nível superior. Nela a instituição de saúde é apontada como agente provedor e reivindicador, cabendo-lhe o

fornecimento e reivindicação dos recursos necessários (materiais, humanos, físicos) para a prestação de um serviço de qualidade para os usuários.

A reivindicação, segundo os trabalhadores, seria um papel da instituição, considerando o compromisso assumido entre a mesma e a população sob sua responsabilidade. Se a situação não for possível de se resolver em nível local, deve-se reivindicar em nível regional ou municipal e, assim, sucessivamente, até que se consiga dar respostas à necessidade reivindicada.

Outra questão levantada foi a educação permanente dos trabalhadores. Citada pelos entrevistados como uma das responsabilidades da instituição de saúde. Segundo eles, a capacitação seria uma das condições necessárias para que os trabalhadores possam garantir o direito à saúde da população sob sua responsabilidade.

Referente ao papel da equipe de saúde, na garantia do direito à saúde, foi possível perceber pelo menos três posicionamentos distintos. No primeiro, os trabalhadores afirmam que a teoria é boa; no segundo, os entrevistados manifestam que a equipe representa a mudança do modelo de atenção; e o terceiro, refere-se a não modificação da prática de saúde anteriormente prestada.

No primeiro, os trabalhadores fazem referência positiva à proposta teórica da Estratégia Saúde da Família, entretanto, prosseguem afirmando a inviabilidade da mesma no cotidiano. Observe-se:

acho essa proposta muito legal, acho que ela tem tudo haver com a possibilidade de se trabalhar essa questão, de integrar a comunidade com a instituição e poder fazer o planejamento em cima de uma realidade e chegar até a resolver com eles relativas as questões de saúde das pessoas, só que isso é uma idéia, na verdade isso não acontece, pode ser que aconteça em alguns locais desse país (E - Amarelo).

o programa no papel é maravilhoso, da maneira que foi pensado, mas da maneira que foi implantado... há uma diferença bem grande de atividade, de clima, de pessoas e culturas ele teria que ser mais detalhado e pensar e ser pensado assim (A - Azul).

Desse modo, podemos perceber que os trabalhadores reconhecem a possibilidade de mudança da estratégia. Contudo, a prática ainda apresenta-se incipiente no cotidiano, devido aos obstáculos que dificultam a operacionalização da garantia do direito.

Os obstáculos à garantia do direito à saúde apresentados pelos entrevistados serão apontados e discutidos posteriormente na categoria 7.

Em contrapartida à essa visão, o segundo posicionamento faz-se de modo mais otimista pelos trabalhadores que afirmam que a equipe, operacionalizadora da estratégia de saúde da família contribui para a garantia do direito.

a equipe já mudou muito do modelo que era pra agora [...] isso é um processo de mudança lento, [...] é difícil, incorporar mudança de modelo, um modelo que era centrado tudo no médico, agora tem as divisões de trabalho, tem a comunidade para ir, tem uma outra visão, então já foi pior. Eu acho que o modelo está bem melhor, ele está melhorando... (E - Violeta).

o bom do PSF são os agentes de saúde, eu acho eles ótimos eles têm como buscar dados que a gente não tem como, [...] hoje a gente tem muito mais informação do que há dez anos atrás e isso contribui. (T - Ameixa).

Nessa visão, a equipe de saúde da família contribui na garantia do direito à saúde. Sua prática representou uma mudança, na atuação dos profissionais, que hoje atuam em equipe, voltados para a comunidade, fazendo orientações para a promoção e proteção, acolhendo o cidadão que chega à unidade. Isso, segundo os relatos, aumentou a confiança das pessoas nos serviços da atenção primária, além disso, essa estratégia ampliou o horário de atendimento, garantindo assim que mais pessoas cheguem ao serviço.

Entretanto, na visão de alguns trabalhadores, mesmo com a equipe de saúde da família, o modelo de atenção não foi modificado. Segundo eles:

para mim não mudou muita coisa [...], não tem muita diferença, [...] para nós só o que melhorou foi o tempo, que aqui funcionava só um período e começou a funcionar o outro, mas o atendimento é igual... (T - Bronze).

no momento, eu acho que não mudou muita coisa da prática que estava antes (E - Rosa).

na prática não, não vejo nada assim que mudou, acho até que a sociedade

foi mais rápida, a desestruturação da sociedade foi mais rápida do que a possibilidade de intervir nisso (M – Cinza).

Essa percepção demonstra que, na ótica dos trabalhadores, a equipe de saúde da família não modificou a prática do modelo anterior, continua apenas voltada para a demanda da cura. Isso, segundo os entrevistados, fica claro quando se verifica algumas unidades onde os profissionais ficam ociosos nos consultórios, ao invés de atuar na promoção da saúde e na prevenção das doenças.

Desse modo, podemos perceber que apesar da Estratégia Saúde da Família ter sido implementada em Florianópolis há quase 7 anos, muitas equipes ainda não conseguiram operacionalizá-la, seja pela não modificação da prática cotidiana prestada anteriormente, seja pela intensa desestruturação que sofreu a sociedade, dificultando a atuação sobre as questões sociais.

Quando questionamos sobre o papel dos entrevistados na garantia do direito à saúde, o principal papel atribuído faz menção a um agente orientador:

o meu papel é catalizar, é discutir orientar, participar, [...] se eu quiser mudar eu tenho que fazer minha parte, tenho que estimular a comunidade (M - Cianês)

Como orientador da saúde, dar melhor orientação, estar sempre acompanhando, sempre sabendo qual é o problema, tentando resolver, seria um orientador (T - Bronze)

O papel de agente orientador manifesta-se na prática das diferentes atividades profissionais. Vai desde as orientações relacionadas à promoção e proteção da saúde, realizadas diariamente durante o atendimento individual e coletivo, às ações voltadas à cura, até as orientações e ações visando o empoderamento da população.

A orientação seria um instrumento necessário para o pleno exercício da autonomia dos sujeitos, na relação profissional-usuário no exercício dos direitos de liberdade individual.

O trabalhador atua como um parceiro e um agente político “empoderador” da comunidade. Seja através da criação de espaços para a reflexão sobre a saúde, de modo a fortalecer o controle social, seja contribuindo para a consolidação da cidadania, e, conseqüentemente, na concretização dos direitos sociais.

Segundo Kleba (2005), o empoderamento, caracteriza-se como uma estratégia que favorece a autonomia dos sujeitos uma vez que, aos profissionais, cabe a tarefa de possibilitar e impulsionar os envolvidos. Este processo tem como diretriz a formulação clara e objetiva para a luta, o que deve viabilizar, aos envolvidos, que eles experimentem não somente sua força pessoal, mas a força da parceria. De acordo com a autora, o desenvolvimento do empoderamento depende das expectativas e objetivos das pessoas e grupos que se motivam a intervir de forma crítica sobre a realidade. “O Empoderamento visa o fortalecimento e a ampliação das próprias forças e, desta forma, o restabelecimento da auto determinação sobre as situações cotidianas” (HERRIGER, 1995 apud KLEBA, 2005 p.215).

Segundo a autora, a promoção de um processo de empoderamento objetiva a equidade e a democratização de um processo participativo nas decisões sócio-políticas, mas também uma utilização mais eficaz dos recursos disponíveis.

Outra visão presente descreve o papel do trabalhador como um agente facilitador, um elo de ligação, como expressam as falas a seguir:

Ele(enfermeiro) é o meio termo entre a equipe de enfermagem e a equipe de médicos (E - Branco)

Eu me vejo nisso como se fosse um elo por que praticamente a gente é que está mostrando a comunidade pra eles, a gente está apresentando a comunidade pra eles, (A - Aquarela)

o papel dela (enfermeira) é muito de facilitar, de articular, de mostrar para equipe que não é assim, e é assim que sempre mudam, (E - Violeta)

O papel de elo/articulador no serviço foi apontado como necessário para integrar membros da própria equipe de saúde. Nesse caso, questiona-se: como desenvolver uma

atenção multiprofissional e interdisciplinar, se na prática do serviço ainda temos que ter um profissional para intermediar as relações entre a equipe de enfermagem e a equipe médica?

Observa-se que, apesar do reconhecimento da necessidade de mudança de modelo assistencial, a organização dos serviços ainda se encontra centrada no profissional médico, reflexo da forte influência do modelo biomédico.

Entretanto, essa visão de elo de ligação amplia-se quando o objetivo é integrar a equipe de saúde à comunidade. Nesse caso, a intenção é o estabelecimento e fortalecimento do vínculo entre trabalhador-usuário, a partir do reconhecimento das necessidades dos usuários, e de uma atuação em equipe, de modo comprometido, visando uma atenção de qualidade, resolutiva e integral.

6.5. A prática cotidiana do trabalho em saúde: modos e estratégias para a garantia do direito à saúde

Esta categoria apresenta, sob a ótica dos trabalhadores da saúde da família, a relação entre a prática cotidiana nos serviços e a garantia do direito à saúde, enfocando os modos e as estratégias que operacionalizam essa garantia.

Segundo os entrevistados, a prática cotidiana garante, parcialmente, o direito à saúde. Essa prática tem sido limitada por questões relacionadas principalmente ao sistema de saúde, à organização dos serviços e ao modelo de atenção.

(a prática) não está garantido mesmo, a gente pode estar resolvendo algumas coisas, esclarecendo algumas outras coisas, ampliando essa consciência de muitas pessoas, mas garantir o direito à saúde com essa nossa prática, do jeito que a gente está? com o serviço desestruturado, com falta de pessoal, com essa visão muito em cima da produção e bem pouco em cima da promoção da saúde mesmo, essa visão em cima da doença, resolver quando está doente, não tanto buscar ações de promoção da saúde, eu acho que não está resolvendo muito. Resolveria se a gente voltasse olhar pra questão da promoção da saúde e não da resolução da doença.(E -Amarelo).

muitas pessoas vêm ainda como o centro de saúde como um local que serve... que oferece um serviço de baixa qualidade com poucos insumos, poucos recursos e que o hospital, a clínica, que o particular detém melhores conhecimentos (M - Vermelho).

acho que devia ter o trabalho de acionar mais alguém e resolver o problema. A vigilância sanitária da secretaria e aí deveria ser uma coisa automática que tocasse para a frente (A – Laranja).

Na ótica dos entrevistados, o direito à saúde não está sendo garantido integralmente devido à falta de continuidade das políticas públicas que visem a garantia dos direitos. Há falta de compromisso e responsabilidade social do Estado para com os cidadãos.

Apesar da proposta conceitual de um Estado de bem estar social, verificamos que, na prática do setor saúde, isso ainda é algo distante da realidade. De acordo com Schramm (2005) é papel do Estado protetor, a garantia de políticas justas de acesso aos serviços necessários para garantir aos vulneráveis uma qualidade de vida razoável, que possibilite aos mesmos levar adiante seus projetos de vida.

Desse modo, as políticas públicas que vêm sendo praticadas no cotidiano, não estão dando conta de garantir aos indivíduos vulneráveis o acesso à um serviço resolutivo. Conseqüentemente a qualidade de vida desses sujeitos fica fragilizada, e sua condição de vulnerabilidade, mantida.

A falta de ações intersetoriais conforme preconizado na Lei 8080/90 em seu Capítulo III, artigos 12, 13 e 14 (BRASIL, 2003) refletem diretamente na garantia do direito à saúde, bem como nos demais direitos sociais. Dentre essas ações que refletem diretamente nas garantias devidas aos cidadãos, podemos apresentar aquelas relacionadas à alimentação e nutrição; ao saneamento e meio ambiente; à vigilância sanitária e fármaco-epidemiologia; aos recursos humanos; à ciência e tecnologia e à saúde do trabalhador.

A visão “deturpada” da população sobre o serviço público, também foi colocada como uma das limitações. Entretanto, será que a população, atendida nos serviços de saúde, tem acesso à um atendimento de qualidade, integral e resolutivo?

Conforme apontado anteriormente, esse descrédito, é reflexo da ineficiência e ineficácia de uma política de saúde que não garante o direito do cidadão.

Como modos de garantir o direito à saúde, os trabalhadores apontam para as ações circunscritas ao sistema e aos serviços de saúde:

se garante quando tem um sistema bem consolidado, eu acho que o SUS se ele for implantado se conseguisse ser implantado em todas as diretrizes, mesmo com algumas restrições, ele seria um sistema perfeito (M – Vermelho).

para garantir todos esses direitos, tem que ter uma ação, infelizmente, que a gente ainda não tem no país e talvez nem no mundo. Não depende só dos gestores, depende também dos executores em nível de pequenas unidades como a nossa, [...] se a gente idealizar, talvez isso seja uma utopia, ter uma engrenagem perfeita no sistema de saúde é uma coisa meio complicada de se conseguir, pelo menos no contexto atual, mas seria o ideal (M - Magenta).

Contratando mais profissionais, pagando melhor, [...] especializar mais profissionais, deixar as unidades mais completas, pelo menos uma de referência em cada bairro (T - Bege).

manter postos de saúde com bom funcionamento, com equipes que atendam a comunidade realmente, as necessidades da comunidade, [...] funcionários suficientes para poder atender a demanda, ter os remédios básicos... (A – Laranja).

Nessa perspectiva, o direito à saúde seria garantido mediante a implantação integral do SUS, centrando a atuação nas ações preventivas, mas garantindo também as ações curativas, aproximando os serviços da comunidade, investindo na estrutura das instituições, contratando e capacitando mais profissionais, além de agir de acordo a necessidade da população.

Refletindo sobre a trajetória e a efetivação do SUS, Santos (2005) compartilha dessa visão criticando a política de pouco investimento na área social, a utilização de políticas compensatórias e focalizantes com o objetivo de mostrar bons resultados para a população. Esta política responde apenas a exigências de racionalização e diminuição da responsabilidade do Estado frente às necessidades e direitos sociais dos cidadãos. É importante salientar que tais exigências estão atreladas às estratégias empreendidas pelas agências internacionais de financiamento, como o Banco Mundial, para manter sob controle o Estado brasileiro.

Um outro fator limitante à garantia do direito à saúde, apontado pela autora, diz respeito à manutenção do modelo biomédico, centrado na oferta de serviços de saúde, principalmente, de média e alta complexidades.

Com base nos artigos 196 e 198 da Constituição Federal Brasileira a assistência integral deve combinar, de forma harmônica e igualitária, as ações e os serviços de caráter preventivo e curativo em todos os níveis de complexidade, de modo individualizado. (VERDI; COELHO, 2005).

Franco e Magalhães Jr. (2003) referem que para que se consiga garantir a integralidade da assistência deve-se adotar estratégias de mudanças nos três níveis de atenção do sistema, partindo da atenção básica. A maior resolutividade da atenção primária tende a reduzir a demanda por consultas especializadas e exames de maior complexidade.

Dentre essas estratégias de mudança a partir da atenção primária, podemos citar a promoção da saúde que busca modificar as condições de vida para que sejam dignas e adequadas além de transformar os processos individuais de tomada de decisão para que seja predominantemente favorável à qualidade de vida e à saúde (BUSS, 2003).

Portanto, ao se pensar no Estado, enquanto agente responsável pela garantia do direito à saúde, deve-se ter clareza que, anterior às ações voltadas ao estilo de vida individual, estão as ações voltadas ao coletivo, através das políticas públicas de saúde. Deste modo, estará se garantindo ao coletivo dos sujeitos sociais, os direitos humanos fundamentais necessários para o pleno exercício público dos indivíduos, para que os mesmos possam participar ativa e livremente como cidadãos autônomos (VERDI et al. 2005).

Para Siqueira-Batista e Schramm (2005), o acesso universal à saúde é um direito garantido pela constituição e que deve ser colocado em prática. A operacionalização desse direito se fará a partir da elaboração e implantação de políticas públicas que minimizem as

distâncias entre as capacidades dos sujeitos, permitindo assim condições de igualdade equitativa de oportunidades.

Outras estratégias de operacionalização da garantia do direito à saúde também foram apontadas nos relatos dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família e que se relacionam à questão da equidade:

são muitas responsabilidades e não dá de priorizar tudo, então cada governante prioriza no seu mandato aquilo que tem por prioridade para si (T - Musgo).

Eu acho que o pobre ele deveria ter direito à saúde [...] o idoso, a gestante, e a criança, eles tinham que ter uma atenção especial... (A – Roxo).

Nessa visão, a atenção à saúde deveria ser de acordo com as necessidades dos sujeitos, sendo que os mais necessitados deveriam ser priorizados para o atendimento.

Para Berlinguer (2004, p.258) “a equidade consiste em criar ou favorecer, para cada indivíduo, a possibilidade de perseguir e de atingir o nível potencial de saúde que lhe é próprio”. Assim, é possível identificar claramente uma grande questão ética envolvida no cotidiano dos indivíduos, e que não está relacionada somente à saúde, mas identificada com as diferentes questões sociais.

Na visão de Fortes (2002, p.144) “as teorias éticas que propugnam pela equidade entendem que a sociedade organizada e o Estado, mediante a implementação de políticas públicas equitativas, devem intervir para garantir a justiça distributiva e minimizar os efeitos das loterias biológica e social”.

Quando discorre sobre o princípio da justiça, Rawls (2003) afirma que em uma sociedade justa, todas as pessoas têm o mesmo direito irrevogável a liberdades básicas iguais, desde que seja compatível com as liberdades dos demais. Prossegue referindo que as desigualdades sociais e humanas são justificadas somente com a contemplação de dois quesitos: se estiverem vinculadas a cargos e posições acessíveis a todos em condições de

igualdade de oportunidades e se forem estabelecidas com o objetivo de beneficiar o maior número de pessoas menos favorecidas.

Refletindo sobre a equidade e o PSF, Senna (2002) retoma a discussão sobre a proposta do programa que se caracteriza por ser uma estratégia focalizadora e que se utiliza da discriminação positiva com o objetivo de proporcionar maior equidade. Para a autora, a focalização assume um papel de inclusão de grandes parcelas da população, o que proporciona, ao menos em parte, o acesso à algumas garantias sociais. Entretanto, as ações focais devem estar integradas à políticas mais amplas, que forneçam suporte social e garantam os direitos dos indivíduos.

O processo político e a cidadania também foram apontados pelos trabalhadores como modo e estratégias de garantir o direito à saúde no cotidiano. Algumas falas caracterizam essa percepção:

Ela (a população) hoje garante de uma forma mais firme, gritando que tem direitos, mas esquecem que têm deveres. A longo prazo, [...] eu acredito que vai melhorar essa situação, reconhecendo que ela é parte, que ela é sujeito desse processo. Então, com o tempo, modificando nossos filhos, quem sabe nossos netos, que eles entendessem esse processo. Por isso que a escolaridade tem que ser repensada (E - Branco).

... eles precisam de mais informação eu acho, principalmente de saber o que é direito dele e o que eles precisam fazer, só que não adianta a gente tentar resolver tudo, [...] Precisa de mais escolas e mais creches, pra começar pelo menos... (T - Preto).

não existe vontade política, ele (o Estado) pode, ele tem dinheiro em caixa, ele tem pessoas com capacidade para gerir, mas não existe vontade política (T - Ameixa).

esse direito deve ser mais pensado, ver qual é o meu direito, eu gosto de falar no direito e no dever. Qual é o meu dever também para depois sair exigindo (A - Azul).

Nessa visão, a garantia do direito à saúde passa por um processo político no qual estão envolvidos: Estado, sociedade e cidadão. Em tal processo, os sujeitos de pesquisa apontam como imprescindível a consciência dos atores sociais de seus direitos e deveres, a vontade política e a organização popular. Tal situação está intimamente relacionada com a

garantia de um processo de desenvolvimento educacional da população, no qual adquira a consciência de seu papel enquanto ator social ativo na garantia dos direitos.

O direito à saúde como um direito social, “tem como sujeito passivo o Estado, porque na interação governantes-governados foi a coletividade que assumiu a responsabilidade de atendê-los” (LAFER, 2003. p.127). Nesse caso, o modo de garantir tais direitos diz respeito às ações políticas na interface entre população e Estado.

Dallari (1986) descreve que para que a garantia do direito constante na Carta Magna brasileira seja de fato efetivada, algumas questões devem ser contempladas. Dentre elas, a responsabilidade dos governantes na efetivação prática da constituição, conhecendo os direitos e deveres a eles atribuídos, bem como as punições decorrentes do não cumprimento. O autor prossegue afirmando que a população, através da consciência política, da participação e da mobilização, seria um dos atores ativos no processo de acompanhamento e avaliação da operacionalização dos direitos contidos na Constituição Federal.

Para Amélia Cohn (2003), os movimentos sociais constituem os novos sujeitos coletivos nos cenários políticos, que se caracterizam pelo traço reivindicatório na luta por conquistas na efetivação dos direitos sociais.

Os movimentos sociais podem apresentar diferentes posturas, segundo Veras e Bonduki (1986). A primeira delas, ainda majoritária, diz respeito à postura meramente reivindicatória, com o objetivo de pressionar o Estado a fim de obter melhores condições de vida, sem a preocupação de como o Estado atenderá a reivindicação. Essa postura limita-se a reivindicar, sem a preocupação com a origem dos problemas e propostas de superação.

A segunda postura apontada, segundo os autores é caracterizada pela contestação, oposição ao governo e denúncia da falta de soluções concretas aos problemas identificados.

A terceira postura, a qual caracterizaria a cidadania, é chamada pelos autores de participação na gestão ou no controle do Estado. “Atua na perspectiva de passar do particular

para o geral, rompendo a tradição de atomização dos movimentos sociais” (VERAS; BONDUKI, 1986 p. 68). A forma de atuação desse movimento social estaria relacionada à elaboração de propostas capazes de resolver os problemas identificados, a participação na definição das prioridades, controle e fiscalização das ações do Estado.

Nessa perspectiva, é importante ressaltar, com auxílio de Naves (2003, p.564), que “a promoção da cidadania depende do poder do Estado de implementar políticas públicas, assegurando a todos os brasileiros o exercício de seus direitos”.

Um dos pontos necessários para a construção da cidadania, de acordo com as manifestações dos entrevistados, é a educação. Sobre esta questão, Saviani (1986) afirma que a formação para o exercício da cidadania é uma das funções clássicas da educação. A educação, não constitui a cidadania por si, mas é uma condição indispensável para que ela se constitua.

Um outro modo de garantir o direito à saúde, na opinião dos trabalhadores, seria através do suprimento das condições de vida necessárias para os indivíduos, como mostram os relatos abaixo:

... uma consciência maior de que é realmente a sua condição [...] elas têm que ter condições para morar bem, para comer bem, para estudar, para ter assistência e, no momento em que isso acontece, as pessoas têm como saber o que é o direito e, de repente, podem até com essa consciência buscar mais os seus direitos (E - Amarelo).

... eu acho que tem que mudar o país também, por que as pessoas estão cada vez mais pobres, cada vez passando mais fome, sem condições de moradia, sem condições de acesso à saúde, então eu acho que tem que mudar tudo (E – Coral).

De acordo com esses trabalhadores, a garantia do direito à saúde parte da garantia das condições de vida da população. Conforme vimos anteriormente, as condições de vida são imprescindíveis para o exercício da cidadania, bem como do gozo dos direitos e deveres atribuídos ao cidadão.

Alguns autores concordam com essa discussão, e apontam para a alimentação, moradia, trabalho, acesso à saúde, e educação como algumas pré-condições para o exercício da cidadania. Müller (1986) indica o acesso às condições nutricionais mínimas como uma pré-condição para o exercício da cidadania, enquanto Saviani (1986) discute sobre o acesso à educação e Berlinguer (1993) enfatiza o papel do trabalho para o pleno exercício da cidadania.

Desse modo, as condições de vida são pré-condições para o acesso ao direito à saúde, mas se não existirem, temos que buscá-las coletivamente. Entretanto, apesar do reconhecimento desse modo de garantir o direito à saúde, é importante lembrar que a política neoliberal predominante em nossa sociedade, na visão de Singer (2003), é antagônica à idéia de um Estado de bem estar social, uma vez que os valores individualistas característicos dessa política são incompatíveis com a noção de direitos sociais.

É, sem dúvida, este contexto de minimização dos direitos e geração de modos excludentes de viver que mantém as iniquidades, que, segundo Berlinguer (1996), são muito mais que simples diferenças entre os sujeitos. Trata-se da manutenção de diferenças consideradas desnecessárias, evitáveis e, do ponto de vista moral, reprováveis e injustas. Nesse caso, o Estado desempenha o papel de gerador de iniquidades, ao invés de implementar políticas de equidade para a garantia de condições dignas de vida e de saúde à população.

6.6. Potencialidades e obstáculos no cotidiano para a garantia do direito à saúde

Sobre potencialidades e obstáculos explicitados pelos sujeitos da pesquisa, foi possível identificar quatro diferentes subcategorias, relacionadas ao usuário do serviço, ao trabalhador, à organização do sistema e serviços de saúde e ao gerenciamento do sistema.

No que se relaciona ao usuário e população os entrevistados apontam como obstáculos questões relacionadas às condições de vida e a participação e organização social, como segue:

muitas vezes, o que dificulta também é a questão financeira, as pessoas não têm dinheiro para ir até o centro fazer um exame que foi marcado (T - Musgo).

as pessoas têm preguiça, ficam esperando que tudo vá até a casa delas, tem preguiça de correr atrás (A - Laranja).

a falta de organização da comunidade... (M - Lilás).

É importante ressaltar que uma das poucas potencialidades relativas ao trabalho cotidiano e ao usuário, apontada pelos trabalhadores entrevistados, foi a melhoria na acessibilidade, não somente ao atendimento propriamente dito, mas, sobretudo, à informação.

as pessoas estão tendo acesso mais rápido à informação, à orientação também. (E - Coral)

Ao analisar os fatores citados como obstaculizadores à garantia do direito à saúde, percebe-se que os usuários ainda não são vistos como cidadãos nos serviços de saúde, ou seja, um sujeito com direitos assegurados, não apenas em relação ao uso dos serviços de saúde, mas também, com um papel importante no controle social de tais serviços.

Desse modo, verifica-se que apesar do SUS propor a participação popular na gestão do sistema, isso, na prática, vêm ocorrendo de maneira incipiente, ou na maioria das vezes nem ocorrendo.

Bosi (1994) chama a atenção para dois aspectos importantes na construção dos direitos. O primeiro deles diz respeito à formação de uma consciência sanitária de que a saúde é um direito do indivíduo e interesse de todos. E o segundo, refere-se à participação popular como elemento fundamental nesse processo.

A implantação do Sistema Único de Saúde é um processo em construção, e como tal, é compreensível que os sujeitos que dele participam encontrem-se em diferentes etapas dessa conscientização sanitária. Entretanto, a compreensão da comunidade como um importante

ator social para a consolidação dos direitos sociais, será apreendida a partir do entendimento do Sistema como um todo, através de maiores incentivos à educação permanente dos trabalhadores da área da saúde e do empoderamento da população.

Uma outra categoria de obstáculos descrita pelos trabalhadores relaciona-se diretamente com as fragilidades e carências enfrentadas no âmbito dos chamados “recursos humanos¹³”. Dentre eles foram citadas: o número insuficiente e a alta rotatividade de trabalhadores, as condições de trabalho, a falta de motivação, a falta de formação e capacitação para a atuação no serviço.

desfalque de recursos humanos, alta rotatividade de pessoas, despreparo de pessoas para estar trabalhando com o público, os baixos salários (E - Amarelo).

a falta de vontade dos funcionários de trabalhar, tem alguns e isso trava a ação da equipe (M - Lilás).

Infelizmente a formação das pessoas não caminha por esse viés. as pessoas se formam pensando no dinheiro, pensando não só na sua valorização enquanto profissional... mas ele não pensa no paciente (T - Ameixa).

precisa instrução para todo mundo, eu não sei trabalhar com PSF, acho que a maioria das meninas não sabem [...] tu não sabes o que é realmente a estratégia de saúde da família, se tu perguntares pra todo mundo é a visita domiciliar é o diferencial dela e das outras e eu acho que talvez não seja só isso (T – Preto).

Os obstáculos relativos aos trabalhadores foram os mais lembrados pelos entrevistados. Simultaneamente, preocupavam-se indicar modos de supera-los enfatizando que se deve investir maciçamente na contratação de trabalhadores com perfil para atuar na Estratégia de Saúde da Família, para que desse modo, o alcance do direito à saúde esteja mais próximo dos usuários.

¹³ Nesse estudo, o termo recursos humanos foi substituído pela expressão trabalhadores da saúde por entendermos que estes são sujeitos construtores deste processo e não meros recursos ou instrumentos

Como potencialidades vinculadas ao trabalhador os entrevistados sugerem: a prestação do serviço voltada às necessidades dos usuários, a atuação em equipe multidisciplinar, além das ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

então tudo é feito pensando no paciente que vai chegar, no cliente que vai entrar (T - Verde).

uma equipe multiprofissional atuando dentro da unidade é uma associação positiva, [...] consciência dessa visão mais calcada na promoção da saúde e não na resolução da doença, na cura da doença (E - Amarelo).

Como nosso trabalho é tudo prevenção, eu acho que a prevenção também contribui (A - Marrom).

De acordo com as potencialidades relacionadas aos trabalhadores, podemos perceber que, na compreensão dos entrevistados, existe uma relação intrínseca entre a garantia do direito à saúde e a superação do modelo hegemônico. Através da mudança de comportamento, voltando o olhar para as ações à promoção da saúde e a prevenção de doenças, bem como através de uma atuação em equipe multiprofissional e interdisciplinar, o direito à saúde poderia ser garantido.

A atuação em equipe multiprofissional e interdisciplinar é ainda um desafio da prática dos serviços em saúde. Segundo Gil (2005 p.491) “o perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral da saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção atenção precoce, cura e reabilitação.”

A falta de capacitação e de educação permanente aos trabalhadores, apontada como um dos fatores que dificulta a garantia do direito à saúde, estaria relacionada à falta de compreensão do modelo assistencial, e, desse modo, o desconhecimento de suas atribuições e sua inserção na política de saúde vigente.

Deve-se lembrar que legislações e iniciativas que buscam superar esses obstáculos já existem legalmente. A primeira delas seria a Constituição Federal de 1988, que apresenta, em

seu Art. 200º, como atribuições do SUS a formação de recursos humanos na área de saúde, a qual é regulamentada pela Lei 8080/90 que preconiza a criação de Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Tais comissões teriam por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições (BRASIL, 2003).

Entretanto, observamos que essas comissões não conseguem suprir toda a demanda dos trabalhadores. Apesar disso, é importante destacar os investimentos que o Ministério da Saúde tem proposto para a formação dos trabalhadores da saúde. Dentre elas podemos destacar as reformas curriculares dos cursos de graduação da área da saúde, os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, além do incentivo à oferta de cursos de pós-graduação nas modalidades de especialização e residência multiprofissional em saúde da família.

Essas têm sido algumas das estratégias adotadas para o fortalecimento das políticas públicas vigentes. Contudo, devemos lembrar que o SUS é um processo em construção e que essas iniciativas são recentes na história do sistema de saúde brasileiro.

Merhy (2003) compartilha desse modo de perceber a ação dos trabalhadores quando refere que a finalidade do trabalho em saúde consiste na responsabilidade de operar a produção do cuidado individual e coletivo visando a cura, a promoção e a proteção da saúde. Segundo o autor, essa produção acaba por impactar nas formas de direitos dos usuários, entendidas como necessidades de saúde.

Outros obstáculos apontados pelos trabalhadores fazem menção à organização do sistema e dos serviços de saúde, no que diz respeito à organização do sistema de saúde, ao

modelo assistencial vigente, aos recursos disponíveis para o funcionamento do serviço de saúde.

organizar o sistema, montar referência contra-referência, assumir o nível primário, secundário, terciário de saúde, fazer o acesso melhorar (M - Cianês).

querem me dizer que o PSF existe? Não existe... é uma maquiagem... pode até existir em outras unidades, [...] ou eles contratam mais ou não tem como... (T - Bege).

A equipe é pequena para a demanda, há falta de medicação, falta de material, falta de consulta especializada (T - Verde).

Nesses relatos, observamos que as situações que dificultam a garantia do direito à saúde estão relacionadas à organização do sistema que discute a operacionalização do sistema de referência e contra referência, a acessibilidade e a forma de gestão do serviço.

Dificuldades relacionadas ao modelo assistencial também foram mencionadas como dimensionamento de pessoal, além da falta de recursos sejam eles materiais, humanos, físicos ou de informação.

Mais uma vez encontramos um arcabouço legal na lei 8080/90 sobre essas questões apontadas. Em seu capítulo II, Art. 7º estão dispostos os princípios estruturantes para o SUS e segue descrito a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população (BRASIL, 2003).

No âmbito legal, essas questões foram previstas, não obstante, no campo real essas garantias ainda enfrentam obstáculos no cotidiano dos serviços de saúde. Depara-se então com a inoperância de uma garantia legal, que garanta aos usuários no âmbito real o acesso a um serviço de saúde de qualidade e resolutivo.

Apesar dos obstáculos descritos anteriormente, os trabalhadores também identificam potencialidades no sistema de saúde, em especial, no tocante às relações de parceria seja ela

interinstitucional ou com a população, além das relacionadas à própria mudança do modelo de atenção.

parcerias que pode-se fazer entre as diversas instituições (UFSC e HU) (E - Amarelo).

É trazer ela (população) para perto de ti como aliado e não como inimigo (E - Branco).

o acolhimento sendo uma prática para organizar um serviço de saúde é uma medida que facilita bastante (M - Vermelho).

a atenção que ele tem na atenção básica, ali o médico vai a casa, o médico te dá todas as orientações, houve um grande avanço, com a criação da saúde da família (T - Bronze).

Estas potencialidades concentram-se nas relações interinstitucionais, na participação popular e na própria proposta de trabalho da estratégia de saúde da família.

As relações interinstitucionais, entre os serviços de saúde e a Universidade representariam uma forma de aproximação que contribuiria no desenvolvimento de novas tecnologias para a área da saúde, além de representar uma parceria na atenção aos usuários através dos serviços prestados pela comunidade acadêmica para a população.

A parceria com a população representa uma das diretrizes do SUS. Além dessa conquista legal, perceber a aproximação com a comunidade como um potencial para a garantia do direito, pressupõe o reconhecimento desse sujeito como um cidadão e uma condição essencial para a construção de um processo democrático (KLEBA, 2005).

O reconhecimento da mudança do modelo biomédico para o modelo de vigilância da saúde, como um potencial para a garantia do direito a saúde, apresenta um avanço para os serviços. Segundo Freire (2001) a conscientização consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência, é olhar criticamente para a realidade para conhecê-la e para reconhecer os mitos que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante. E, segundo o autor, é a partir da conscientização de dada realidade que nos tornamos agentes de transformação.

Nesse sentido, Merhy (2003 p.28) descreve que “a vida real dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atenção que são adotados, nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida efetivamente com a cura e a promoção”. Segundo o autor, quanto mais claro for o sentido da ação dos trabalhadores para os usuários, mais definitivo se explicita o modelo de atenção e seu comprometimento com a defesa da vida.

Seguindo com o apontamento de obstáculos, os trabalhadores descreveram questões relacionadas à gestão do sistema de saúde, enfocando a descontinuidade que ocorre a cada mudança de governo e a falta de vontade política.

de quatro em quatro anos troca a administração de uma empresa e tudo que o administrador anterior fez não presta, entra outro e vai fazer tudo diferente, não respeita quem está trabalhando (E - Ocre).

como todo o serviço público a gente fica muito a mercê das mudanças de programa (M - Vermelho).

a vontade política também é um obstáculo que tranca muita coisa (E – Coral).

Nessas falas os trabalhadores mostram o desconforto vivenciado a cada troca de governo, com a descontinuidade das ações que vinham sendo preconizadas e que apresentavam resultados positivos. A modificação da estrutura de poder e da política de trabalho, segundo os entrevistados, é um obstáculo que dificulta a garantia do direito, pois cada governo quer imprimir a seu mandato características próprias, muitas vezes negando avanços alcançados nos anos anteriores, e retrocedendo a uma condição que limita o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

A falta de vontade política remete a uma reflexão ainda mais instigante, pois demonstra a falta de compromisso com as políticas públicas que visam a melhoria da qualidade de vida da população. Nesse caso que enfocamos o SUS, verificamos a falta de compromisso com os interesses da coletividade, uma vez que os interesses que permeiam as condutas, muitas vezes, são influenciados por questões políticas, corporativas ou pessoais.

Refletindo sobre a garantia dos direitos, pensar em um modelo que dê conta da promoção, proteção, cura e reabilitação de modo eficaz e integral, é enfocar um dos nós críticos na garantia do direito à saúde, que deverá ser trabalhado pelo conjunto dos atores envolvidos, tanto usuários e trabalhadores, como gestores, com o objetivo de garantir a acessibilidade a um serviço de saúde de qualidade e resolutivo (MERHY, 2003).

A existência de obstáculos é inerente a qualquer proposta operacional de modelo de saúde. Partindo desse pressuposto, devemos, antes de tudo, ter a sensibilidade de identificá-los e, com base nisso, propor ações estratégicas que neutralizem ou minimizem tais obstáculos. Por outro lado, as potencialidades devem ser aproveitadas com o objetivo de garantir aos usuários, no cotidiano dos serviços de saúde, uma atenção integral, resolutiva e de qualidade como preconiza o SUS.

Vencer os obstáculos do meio e fortalecer as potencialidades deve ser o objetivo comum de todos os atores sociais (usuários, trabalhadores e gestores) comprometidos com a consolidação do SUS e, conseqüentemente, com a garantia real do direito à saúde legalmente constituído.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No momento de finalizar a discussão de uma temática tão complexa como a questão do direito à saúde, é importante considerar que não se trata de um momento conclusivo ou de uma discussão encerrada. Ao contrário, o sentido deste trabalho é justamente trazer à luz questões para serem refletidas, debatidas, questionadas, sobretudo no âmbito da bioética. Assim, as reflexões aqui apresentadas não se configuram como conclusões, mas sim constituem-se em considerações transitórias que buscam impulsionar o debate acerca da relação direito à saúde e a concepção dos trabalhadores envolvidos na garantia de tal direito, no cotidiano dos serviços de saúde.

É importante lembrar que, no Brasil, a luta pelo direito à saúde obteve uma grande conquista com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual instituiu a **Saúde como um direito de todos e um dever do Estado**. Entretanto, essa conquista, no âmbito legal, não assegurou a garantia desse direito no espaço da vida cotidiana.

No processo de construção da concretização do direito à saúde, estabelecido no jogo das relações sociais entre usuários, trabalhadores e gestores, é importante refletir sobre os direitos e sua relação com a saúde pública a partir do ponto de vista bioético. Desse modo, refletir sobre as implicações éticas da operacionalização dessa conquista no cotidiano dos serviços é também refletir sobre as repercussões das concepções e dos modelos de organização do SUS na garantia do direito à saúde, a partir da ótica de um dos grupos de atores sociais envolvidos, os trabalhadores de saúde.

A partir da garantia legal do direito à saúde assegurada pela Carta Magna, o SUS assumiu a responsabilidade de operacionalizar essa conquista e reorganizar o modelo de atenção vigente. Com esse objetivo, foram implementadas políticas e estratégias baseadas nos

princípios da integralidade, universalidade e equidade, entre outros, sendo a Estratégia de Saúde da Família um destes instrumentos operacionais.

Pesquisar as concepções dos trabalhadores possibilitou transitar por um dos modos de compreensão desse processo, pois, como agentes operacionalizadores dessa garantia, a sua visão sobre a saúde e o direito à saúde reflete-se na atenção prestada aos usuários.

A partir das reflexões sobre as questões identificadas ao longo da análise, foi possível reconhecer três grandes eixos em torno dos quais a discussão das implicações éticas foi construída. O primeiro eixo diz respeito às implicações éticas decorrentes da concepção dos trabalhadores sobre a saúde e o direito à saúde, enquanto o segundo eixo discute estas implicações relacionadas ao modelo assistencial na prática cotidiana. No terceiro, são enfatizadas as implicações éticas relativas à organização do sistema e dos serviços de saúde.

Uma das questões de destaque, sob o ponto de vista ético, diz respeito ao conceito de saúde presente nas manifestações dos trabalhadores. Tal conceito mostra-se ainda centrado no modelo biomédico, quando enfatiza a visão biologicista, curativista e individual. Ou seja, embora a intenção seja de, através de uma nova estratégia assistencial como o PSF, mudar o modelo de atenção à saúde, inclusive para atender um preceito legal, percebe-se que, na realidade, a ação se mantém ainda distante de tal intenção.

Além disso, uma implicação ética importante pode decorrer desse fato. No momento em que se restringe a responsabilidade pela saúde somente ao indivíduo, abre-se espaço para a possibilidade de se passar para a radicalização culpabilizando o usuário pela impossibilidade de manter-se em condições saudáveis. Como culpabilizar um indivíduo pela sua condição alterada de saúde, quando o Estado não está provendo as condições de vida necessárias para a manutenção da qualidade de vida e saúde de seus cidadãos? Responsabilizar o indivíduo é antes de tudo eximir o Estado da sua responsabilidade como protetor da saúde de seus cidadãos. É desestimular o outro quanto ao seu papel como ator ativo na consolidação das

garantias dos direitos sociais. É manter os sujeitos à condição de vulnerabilidade, aumentando ainda mais as desigualdades existentes na sociedade.

Para Schramm (2005), a proteção devida pelo Estado deveria ser capaz de assegurar as condições necessárias e razoáveis para que os indivíduos pudessem desenvolver livremente suas capacidades e viver uma vida decente, se comparável com os demais. Segundo o autor, a operacionalização dessa proteção se faz através de políticas públicas efetivas e equitativas.

A saúde faz parte das oportunidades devidas pelo Estado a cada cidadão, e como tal, caberia aos governos a responsabilidade pela garantia de uma condição digna de vida para todos. Portanto, conceber saúde centrada na doença, na cura e no indivíduo torna-se incompatível com a proposta do SUS, cujo conceito de saúde é abrangente, bem como com um projeto político de sociedade que deveria buscar, através das políticas públicas, extinguir as desigualdades sociais e eliminar as barreiras para o alcance de oportunidades de acesso à condições dignas de vida.

Em relação à conceituação de saúde, cabe ressaltar a diversidade de olhares encontrada no grupo de trabalhadores entrevistados, desde visões incompatíveis com o SUS até concepções que se aproximam de seus fundamentos teórico-filosóficos.

Considerando a indissociabilidade do pensar e do agir, ou seja, a práxis dos trabalhadores da equipe de Saúde da Família revela, tanto as concepções que sustentam sua ação, quanto o seu agir retroalimenta esse arcabouço teórico. Desse modo, é importante questionarmos o quanto a atenção à saúde depende do desenvolvimento efetivo do papel dos atores envolvidos. Portanto, a garantia do direito à saúde vai além da garantia em termos legais, passa pelas possibilidades normativas no âmbito administrativo e pelas condições concretas de viabilização dos serviços. Mas, sobretudo, passa pela conscientização dos sujeitos sociais envolvidos, da importância de seu papel no processo de construção da cidadania, isto é, pelo seu comprometimento com a garantia de direitos individuais e

coletivos. Portanto, o direito à saúde deveria ser questão fundamental a ser refletida, discutida no cotidiano dos serviços de saúde entre trabalhadores, usuários e gestores, uma vez que a sociedade brasileira já definiu que o direito à saúde está assegurado a todos os seus cidadãos.

Segundo Berlinguer (2004), refletir sobre as idéias e valores que permeiam cotidianamente a razão e os comportamentos de cada ser humano merece atenção, pois questões bioéticas estão presentes em todas as relações, sejam elas ou não do cotidiano.

Sobre a concepção de direito à saúde, os questionamentos e as implicações éticas iniciam na relação de tal direito como um direito humano básico. Compartilhar dessa concepção retrata a visão de que esse direito nasce com o indivíduo. Se todos nascem com direitos, porque a sociedade enfrenta tantos problemas para garantir esses direitos? Aceitar essa percepção coloca o indivíduo em posição passiva, e não como um ator social ativo na consolidação dos direitos.

Algumas incongruências também foram encontradas ao longo do estudo, como por exemplo, a manifestação de que o direito à saúde do trabalhador da saúde é anterior ou superior ao direito à saúde do usuário comum. Tal idéia, de um lado, reforça a tese que o trabalhador é um sujeito diferenciado dos demais e que, portanto, suas necessidades têm primazia. Por outro lado, revela a frágil condição em que se encontram os trabalhadores. Na verdade, esta situação desnuda uma das formas pelas quais as desigualdades de acesso vão se construindo e obstruindo o processo da garantia do direito à saúde, aumentar ainda mais as desigualdades e a condição de vulnerabilidade dos sujeitos.

Uma outra importante questão revelada a partir da concepção dos trabalhadores de saúde sobre a relação entre a garantia do direito à saúde e o seu trabalho cotidiano, trouxe à tona a idéia da negação do direito à saúde. No momento em que o trabalhador não percebe a importância de seu papel na concretização desse direito, acaba por produzir e reproduzir situações que cotidianamente limitam, dificultam ou mesmo impedem o acesso aos serviços

de saúde, resultando na explícita, porém, não percebida negação do direito à saúde dos cidadãos.

Para Berlinguer (1996), quando ocorre essa negação do direito, aumenta a parcela considerável de sofrimento que é social e tecnicamente evitável, pois, segundo o autor, ao indivíduo é atribuída, além da doença, uma punição imerecida.

Se considerarmos que a saúde é algo distribuído de forma desigual entre as pessoas, e que os recursos necessários para atender as suas necessidades é finito, é importante refletir sobre a distribuição de recursos da sociedade segundo o princípio da equidade. Com base nesta ótica, políticas equitativas deveriam facilitar o acesso daqueles mais necessitados, o que contribuiria para a diminuição das diferenças. Portanto, em condições de desigualdade, e mesmo iniquidades, é imperativo tratar desigualmente os desiguais para que se alcance um patamar mínimo de justiça no papel do Estado e dignidade na vida dos sujeitos sociais.

Assim, concordamos com Schramm (2005), quando diz que é papel do Estado a garantia de políticas justas de acesso aos serviços necessários para assegurar aos vulneráveis uma qualidade de vida razoável, que possibilite aos mesmos levar adiante seus projetos de vida.

No segundo eixo, foram abordadas questões relacionadas ao modelo assistencial na prática cotidiana, dentre elas a incompatibilidade existente entre o SUS e a política neoliberal, além da forte influência do modelo de saúde hegemônico sobre a prática dos serviços de saúde.

A proposta do SUS, ancorada nos princípios da universalidade do acesso, da integralidade da atenção, da descentralização da gestão e da participação popular, tem encontrado sérias resistências e mesmo oposição ao longo de seu processo de implantação na prática, devido ao antagonismo das políticas neoliberais impostas à nossa sociedade e economia à lógica de um estado de bem estar social idealizado no SUS.

Os poderes e influências que anteriormente eram atribuídos aos organismos internacionais de saúde, como a Organização Mundial de Saúde, passaram para o comando das agências financeiras, como o Banco Mundial. Desse modo, o modelo proposto pelo SUS revela-se incompatível com uma ótica reducionista, implementada através da utilização de políticas compensatórias e focalizadoras ditadas pelas políticas de financiamento externo do país.

Implementar o SUS, parcialmente, focando as ações somente no campo da saúde, sem articulá-las com os diferentes setores que contribuem para a garantia da saúde como a educação, o trabalho, a habitação, entre outros, representa a redução de uma política de bem estar social à uma política compensatória e focalizante. Deste modo, torna-se explícita a intencionalidade de responder apenas à exigências de racionalização e diminuição da responsabilidade do Estado frente às necessidades e direitos sociais dos cidadãos, desmascarando a falta de comprometimento com a transformação da realidade social.

Pensar em um Estado protetor enquanto agente moral responsável pela garantia do direito à saúde, é pensar que anterior às ações voltadas ao estilo de vida individual, estão as ações voltadas ao coletivo. Ações ancoradas na equidade, voltadas para o exercício da autonomia e emancipação dos indivíduos são necessárias para a garantia de condições de vida mínimas para o pleno exercício da cidadania na sociedade.

Portanto, equidade deve ser entendida como a garantia ou favorecimento da possibilidade de cada indivíduo perseguir e de atingir o nível potencial de saúde que lhe é próprio. Assim, é possível identificar que essas possibilidades não estão relacionadas somente à saúde, mas sim com as diferentes questões sociais (BERLINGUER, 2004).

Como pensar em equidade se a lógica de atuação do modelo de atenção à saúde praticado no cotidiano ainda sofre fortes influências do modelo biomédico, centrado na

atenção episódica, com enfoque na cura da doença, sendo responsabilidade apenas do setor saúde ?

A questão ética envolvida nessa situação nos faz refletir justamente no campo da distribuição iníqua da doença, entendendo como iniquidades as diferenças desnecessárias, evitáveis, inaceitáveis e injustas. Focalizar o olhar apenas para questões episódicas é aceitar e consentir as iniquidades presentes na sociedade além de contribuir com a sua manutenção nos grupos vulneráveis.

Apesar da proposta teórica da Estratégia de Saúde da Família objetivar a mudança das práticas de saúde, percebemos que o modelo biomédico ainda permeia a visão e os modos de “fazer” saúde dos profissionais, interferindo decisivamente na garantia do direito a uma saúde conceitualmente ampla. Então, como mudar um sistema no qual a engrenagem é movida pelos sujeitos cuja visão permanece inalterada?

Caponi (2000) analisando as modalidades de assistência médica identificou as motivações éticas que legitimam tais práticas. De acordo com a autora, quando as relações estão baseadas em assimetrias entre os assistentes e os assistidos, que aqui chamaremos trabalhadores e usuários, a motivação ética que legitima essa atenção baseia-se na compaixão. Entretanto, quando se procura atuar motivado pela solidariedade, deve-se respeitar, admirar e reconhecer o outro como alguém capaz de reclamar, aceitar ou negar a assistência.

Assim, acreditamos que a prática dos trabalhadores deve ultrapassar a lógica da compaixão rumo à solidariedade, à compreensão do usuário como igual, cidadão de direitos e deveres na sociedade.

O terceiro eixo de análise apresenta a discussão das implicações éticas que se relacionam à organização do sistema e dos serviços de saúde, enfocando as necessidades e as carências encontradas no cotidiano e identificadas ao longo da análise dos dados.

Segundo Fortes (2003 p.41), “os diversos sistemas públicos de saúde, inclusive o brasileiro, não apresentam condições para dar conta da integralidade das necessidades de todas as pessoas”. As políticas de pouco investimento nas áreas sociais acentuam ainda mais as dificuldades encontradas no cotidiano do setor saúde, alimentando a massa de vulneráveis e necessitados de uma atenção efetiva. Essas dificuldades podem ser facilmente identificadas, estejam elas relacionadas aos trabalhadores, aos demais recursos necessários à garantia do direito, ou a desestruturação do sistema de referência, entre outras.

Refletir eticamente sobre a organização do SUS, é analisar as responsabilidades sanitárias, a determinação de políticas de formação de pessoal e, principalmente, sobre a relação entre Estado e cidadãos. É transferir a responsabilidade atribuída individualmente ao trabalhador e ao usuário para a estrutura do Estado. É consolidar políticas públicas que visem a defesa da vida dos mais necessitados, é exigir do Estado o compromisso e a responsabilidade para com a sociedade. Deste modo, é possível adicionar ao progresso moral já verificado na legislação, um comportamento público comprometido com a população (GARRAFA, 2003).

Refletir sobre o tema direito à saúde mostrou-se extremamente pertinente por representar uma conquista garantida a dezessete anos na Carta Magna Brasileira, que ainda é tão pouco presente no cotidiano dos atores sociais envolvidos. Sobretudo, se considerarmos que sua construção só é possível no âmbito da coletividade e das questões sociais, a pertinência e premência desta gama de reflexões éticas tornam-se evidentes em torno do distanciamento existente entre o direito legal e a prática real.

Como contribuições deste estudo podem ser apontadas importantes reflexões dirigidas ao âmbito dos serviços e do sistema de saúde, bem como no âmbito da academia. Para espaço dos serviços de saúde, além da reflexão de cada um dos entrevistados sobre o tema, o trabalho contribui com a possibilidade de reconhecer as limitações e as potencialidades vivenciadas

pelos trabalhadores na prática cotidiana da sua atividade profissional para a garantia do direito à saúde dos cidadãos.

Para a academia, aponta-se a necessidade de aprofundar a reflexão em torno das implicações éticas que envolvem à prática cotidiana dos trabalhadores e a garantia do direito à saúde, ressaltando que tais implicações não se constroem apenas no espaço dos microprocessos de trabalho, mas se originam na totalidade e complexidade das relações sociais constituídas no jogo de forças entre Estado e sociedade.

Não obstante as importantes contribuições resultantes deste estudo, ao longo de sua trajetória, limitações se fizeram presentes, dentre as quais destacamos que se trata de um estudo qualitativo circunscrito a uma realidade local e, portanto, não é passível de generalizações. Entretanto, pensamos que a realidade aqui discutida assemelha-se fortemente à realidade vivenciada no SUS de todo Brasil.

Finalmente, é importante registrar que, embora no âmbito da saúde coletiva a expressão **“Saúde é um direito de todos e um dever do Estado”** tenha se tornado um “slogan”, ainda estamos distantes da concretização deste preceito constitucional tão arduamente defendido no discurso. O direito à saúde ainda é um tema pouco estudado, pouco discutido e pouco refletido pelos sujeitos sociais, mas, principalmente, pouco reivindicado e exercido por toda a sociedade.

8. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de. **O movimento participação na Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Santa Catarina, na visão de suas principais lideranças**. Florianópolis, 2001. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2001.

ALVES, Marília; PENNA, Cláudia Maria de Mattos; BRITO, Maria José Menezes. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 57, n.4, p. 441-446, jul./ago. 2004.

ANJOS, Márcio Fabri dos. Bioética nas desigualdades sociais. In: GARRAFA, Volnei; COSTA, Sergio Ibiapina F. **A bioética do século XXI**. Brasília: UNB, 2000, p. 49-65.

ANTUNES, Maria José M.; EGRY, Emiko Y. O programa de saúde da família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 54, n.1, p. 98-107, jan./mar. 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: referências - elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 24p.

_____. **NBR 10520**: referências - elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 7p.

_____. **NBR 14724**: trabalhos acadêmicos – apresentação. Rio de Janeiro, 2002. 6p.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. **Declaração de Helsinki**. Finlândia, 1964. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/helsin1.htm>>. Acesso em: 21 de out. 2003.

_____. **Declaração de Helsinki II**. Tóquio, 1975. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/helsin2.htm>>. Acesso em: 21 de out. 2003.

_____. **Declaração de Helsinki III**. Veneza, 1983. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/helsin3.htm>>. Acesso em: 21 de out. 2003.

_____. **Declaração de Helsinki IV**. Hong Kong, 1989. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/helsin4.htm>>. Acesso em: 21 de out. 2003.

_____. **Declaração de Helsinki V**. África do Sul, 1996. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/helsin5.htm>>. Acesso em: 21 de out. 2003.

_____. **Declaração de Helsinki VI**. Edinburgo, 2000. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/helsin6.htm>>. Acesso em: 21 de out. 2003.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA, Sonia Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma Sanitária – Itália e Brasil**. São Paulo: HUCITEC – CEBES, 1988.

BERLINGUER, Giovanni. **Questões de vida: ética, ciência e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1993.

_____. **Ética da Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

_____. **Bioética Cotidiana**. Brasília: Editora UNB, 2004.

BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 11ª ed. 1992.

BOSI, Maria Lúcia M. **Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços**. *Cad. Saúde Pública*. [online]. out./dez. 1994, vol.10, no.4, p.446-456. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. ISSN 0102-311X.

BRASIL. República Federativa do. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal. Brasília: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo os Seres Humanos**. Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96. Brasília: 1996. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/res19696.htm>>. Acesso em: 21 de out. 2003.

_____. **Legislação Básica do SUS**. 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília: 2000.

_____. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Legislação do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília : CONASS, 2003.

_____. **Relatório Final 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 13 mar. 2005.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003 p.15 – 38.

CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003 p.55 – 77.

_____. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COHEN, Cláudio; FERRAZ, Flávio Carvalho. Direitos humanos ou ética nas relações. In: SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (orgs.). **Bioética**. São Paulo: Edusp, 2002. p.69 – 82.

COHEN, Cláudio; SEGRE, Marco. Definição de valores, moral, eticidade e ética. In: SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (orgs.). **Bioética**. São Paulo: Edusp, 2002. p.17 – 26.

COHN, Amélia, et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

COHN, Amélia. **Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde**. *Ciênc. saúde coletiva*. [online]. 2003, vol.8, no.1, p.09-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. ISSN 1413-8123. Acesso em 07 de Novembro 2005.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Constituição para valer. In: COVRE, Maria de Lourdes M. (org.). **A cidadania que não temos**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986.

DEJOURS, Christophe. **Por um novo conceito de Saúde**. Disponível em: http://www.planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_saucol/com_sal.pdf Acesso em: 01 set. 2004.

DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. **O que é bioética?**. Brasília: Brasiliense, 2002.

DINIZ, Débora. Henry Beecher e a gênese da Bioética. **O mundo da saúde**, São Paulo, ano 23, v.23, n.5, p.332-335, set/out 1999.

DURAND, Guy. **Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos**. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, Edições Loyola, 2003.

FERREIRA, Manoel Gonçalves Filho. **Direitos Humanos Fundamentais**. São Paulo: Saraiva, 3^a ed. 1999.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Bioética Equidade e Políticas Públicas. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 26, n.1, p. 143-147, jan./mar. 2002.

_____. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. In: FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Pavoni. **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/ Edições Loyola, 2003, p. 35 – 48.

FRANCO, Tulio Batista; MAGALHÃES JR., Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, Emerson Elias, et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 125 – 134.

FRANÇA, Ivan Júnior; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Saúde pública e direitos humanos. In: FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Pavoni. **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/ Edições Loyola, 2003, p. 63 – 72.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. São Paulo: Centauro, 3^a ed. 2001.

GARRAFA, Volnei. Reflexões sobre políticas públicas brasileiras à luz da bioética. In: FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Pavoni. **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/ Edições Loyola, 2003, p. 49 – 61.

GENEVOIS, Margarida. **Direitos humanos na história**. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/inedex.htm>>. Acesso em: 26 ago. 2005.

GIL, Célia Regina Rodrigues. **Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas**. *Cad. Saúde Pública*. mar./abr. 2005, vol.21, no.2, p.490-498. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo>. ISSN 0102-311X. Acesso em 01 de dezembro de 2005.

HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia: entre a factividade e a validade**. Rio de Janeiro: Templo Brasileiro, 1997. V I.

HOOFT, Pedro Frederico. Bioética e direito?, ou bioética e biodireito?. In: GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leo. **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética/ Centro Universitário São Camilo/ Edições Loyola, 2003, p. 499 - 508.

HOSSNE, William Saad. A regulamentação de pesquisa com seres humanos como instrumento de controle social. In: FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Pavoni. **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/ Edições Loyola, 2003, p. 95 – 111.

KISIL, Marcos; PUPO, Tânia R. G. B. **Gestão da Mudança Organizacional**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. v.4, Série Saúde e Cidadania, 2002.

KLEBA, Maria Elisabeth; **Descentralização do sistema de saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento**. Chapecó: ARGOS, 2005.

LAFER, Celso. **A reconstrução dos direitos humanos**. São Paulo: Companhia das letras, 2003. 5ª reimpressão.

LEOPARDI, Maria Tereza; **Metodologia da pesquisa na saúde**. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80, **Physis – Revista de Saúde Coletiva**. v.1, n.1, p. 77 – 96, 1991.

MACHADO, Maria Helena. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. **Rev Adm Public**. v. 34, p. 136-146, 2000.

MAGALHÃES, José L. M. de. **Direitos humanos: evolução histórica**. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/inedex.htm>>. Acesso em: 26 ago. 2005.

MATALON, B.; GHIGLIONE, R. **O inquérito: teoria e prática**. Oeiras: Celta, 1993.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1999. p.57 – 98.

MERHY, Emerson Elias. Um dos grandes desafios do para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, Emerson Elias, et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003. p.15 – 36.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

_____. Condiciones de vida, desigualdadesy salud a partir Del caso brasileño. In:BRICEÑO-LEON, R. **Saúde y equidade: una mirada dede las ciências sociales**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.55-71.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MÜLLER, Geraldo. Fome: o não direito do não cidadão. In: COVRE, Maria de Lourdes M. (org.). **A cidadania que não temos**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986. p.13 – 38.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O direito à saúde na reforma do estado brasileiro: construindo uma nova agenda**. Florianópolis, 2002. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

NYGREN-KRUG, Helena. Saúde e Direitos Humanos na Organização Mundial da Saúde. **Saúde e Direitos Humanos**. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, Ano 1, nº1 2004, p.13 – 18.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos direitos humanos**. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php>. Acesso em: 01 ago. 2004.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 268 – 288

RAMOS, Flávia Regina Souza. Bases para uma re-gignificação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Brasília: ABEn, 2001, p. 11 - 18.

RAWLS, John. **Justiça como equidade**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Trajetória da efetivação do SUS. In: HEIMANN, Luiza Sterman; IBANHES, Lauro Cesar; BARBOZA, Lauro (orgs.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: HUCITEC, OPAS/IDRC, 2005. p.101 –110.

SAVIANI, Dermeval. Educação, cidadania e transição democrática. In: COVRE, Maria de Lourdes M. (org.). **A cidadania que não temos**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986. p. 73 – 83.

SCHRAMM, Fermin Roland. A bioética da proteção em saúde pública. In: FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Pavoni. **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/ Edições Loyola, 2003, p. 71 – 84.

SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética de la proteccion: ¿una herramienta efectiva para el acceso de las poblaciones “especialmente vulnerables” a los servicios de salud y a los medicamentos?. In: SIBI, Sociedad Internacional de Bioética; **Anais do IV Congresso Mundial de Bioética**. Gijón/Espanha: SIBI, 2005, p. 252 – 257.

SEGRE, Marco; Definição de Bioética e sua relação com a Ética, deontologia e dicetologia. In: SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (orgs.). **Bioética**. São Paulo: USP, 1999, p.23-29.

SENNA, Mônica de Castro Maia. **Equidade e política de saúde: Algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família**. *Cad. Saúde Pública*. [online]. 2002, vol.18 suplemento, p.203-211. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 05 de novembro de 2005.

SILVA, Maria Rocineide F.; JORGE, Maria Salete B. Prática dos profissionais no programa de saúde da família: representações e subjetividades. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 55, n.5, p. 549-555, set./out. 2002.

SINGER, Paul, A cidadania para todos. In: PINSKY, Jaime; PINSKY, Carla Bassanezi (orgs.) **História da Cidadania**. São Paulo: Contexto, 2003. p. 190 – 263.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo e SCHRAMM, Fermin Roland. **A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen**. *Ciênc. saúde coletiva*. [online]. jan./mar. 2005, vol.10, no.1, p.129-142. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. ISSN 1413-8123. Acesso em 05 de novembro 2005.

SOUZA, Heloiza Machado de; Programa de Saúde da Família: Entrevista, **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.53 n. especial: dez 2000. p. 7-16.

SPOSATI, Aldaíza e LOBO, Elza. **Controle social e políticas de saúde**. *Cad. Saúde Pública*. [online]. out./dez. 1992, vol.8, no.4, p.366-378. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo>. ISSN 0102-311X. Acesso em 20 de novembro de 2005.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde-Enfermagem**. Florianópolis: Insular, 2004. 2ª ed.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987..

TOBAR, Frederico; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

VANDERPLAAT, Madine. Direitos Humanos: uma perspectiva para a saúde pública. **Saúde e Direitos Humanos**. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, Ano 1, nº1 2004, p.27 – 34.

VERAS, Maura Pardini Bicudo; BONDUKI, Nabil Georges. Política habitacional e a luta pelo direito à habitação. In: COVRE, Maria de Lourdes M. (org.). **A cidadania que não temos**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986. p. 39 – 72.

VERDI, Marta; COELHO, Elza Berger Salema. Do higienismo ao SUS: a evolução das políticas de saúde do Brasil. In: VERDI, Marta; BOEHS, Astrid Eggert; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Enfermagem na atenção primária de saúde: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC/NFR/SPB, 2005. p. 32 – 59.

VERDI, Marta et al. **A promoção da saúde numa perspectiva bioética**. Florianópolis, 2005. Trabalho não publicado.

VERDI, Marta. **Da Haussmannização às cidades saudáveis**: rupturas e continuidades nas políticas de saúde e urbanização na sociedade brasileira do início e final do século XX. Florianópolis, 2002. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Università degli Studi di Roma La Sapienza, 2002.

ZOBOLI, Elma Lourdes. Referenciais de análise em Bioética: o desafio de traçar uma interface com a saúde pública. In: FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Pavoni. **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola, 2003, p. 25 – 34.

APÊNDICES

APÊNDICE I

ROTEIRO DE ENTREVISTA

O sujeito da pesquisa

→ idade, sexo, categoria profissional, instituição formadora, tempo de formação, procedência, tempo de atuação em unidade básica de saúde, capacitações pelo serviço.

Momento 1 - Casos

Será solicitado ao entrevistado que sugira uma solução relacionada aos casos apresentados pela pesquisadora e justifique.

Senhora M, diabética, e hipertensa, moradora da comunidade há anos, comparece freqüentemente (1x por semana) à unidade de saúde demandando diferentes questões, já é conhecida pela equipe que tenta na medida do possível atender as demandas da usuária.

Senhor J, morador da comunidade da área de abrangência de sua equipe de saúde da família, se apresentou ao serviço de saúde hoje pela manhã solicitando atendimento, sua queixa principal era dor de cabeça. O usuário comentou que está era a 3ª vez que ele vinha à unidade e que fora mandado retornar outro dia por falta de vagas.

Momento 2 - Relacionado ao direito à saúde:

1. O que você entende por saúde?
2. O que você entende por direito à saúde?
3. Para você como se garante o direito à saúde?
4. A quem cabe garantir o direito à saúde?
5. Em sua opinião, qual o papel da instituição de saúde na garantia do direito à saúde?
6. A ESF pretende entre outros objetivos reorganizar o modelo assistencial e garantir o direito à saúde da população, como você percebe a Equipe de Saúde da Família como agente desta proposta?
7. Considerando a garantia do direito à saúde, como você vê o seu papel na ESF, enquanto trabalhador do serviço de saúde?
8. Como você relaciona a prática cotidiana do seu trabalho com o direito à saúde?
9. Quais situações você identifica no seu cotidiano do trabalho que influenciam no direito a saúde como obstáculos e/ou potencialidades?

Outras considerações...

APÊNDICE II

DIÁRIO DE CAMPO DO PESQUISADOR

Data: ____ / ____ / ____ Nº entrevista ____	Codinome _____ Nome _____		
Notas da Entrevista	Notas de observação	Notas teóricas	Notas metodológicas

APÊNDICE III
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E AUTORIZAÇÃO PARA
PUBLICAÇÃO DE RESULTADOS DO INFORMANTE DE PESQUISA

Eu, _____,
residente _____ e domiciliado (a) _____ a _____ Rua/Av
_____, CEP _____,
Cidade _____, Estado _____,
Fones:(0____) _____, CPF _____,
profissão: _____, ocupação: _____.

Declaro para os devidos fins que fui informado(a) e orientado (a), de forma clara e detalhada, a respeito dos objetivos, da justificativa e da metodologia do trabalho “*Implicações Éticas Da Concepção Dos Trabalhadores Da Equipe De Saúde Da Família Sobre Direito À Saúde*”, que esta sendo conduzida pela mestrandia Enfermeira Felipa Rafaela Amadigi. Trabalho este realizado para a obtenção do título de Meste em Saúde Pública o qual está sendo orientado pela Enfermeira Dr.^a Marta Inez Machado Verdi.

Diante do exposto pela pesquisadora, **concordo** em colaborar com o trabalho na condição de informante/sujeito voluntário, e sei que terei liberdade para me retirar da pesquisa a qualquer momento, invalidando este consentimento e autorização para publicação, sem que isto me traga qualquer prejuízo e/ou constrangimento.

Autorizo a pesquisadora gravar a entrevista, referente à sua pesquisa, bem como, transcrevê-la para compor partes e/ou servir de base à consecução dos objetivos do trabalho. Sendo que, a pesquisadora se compromete a fazer a devolução do material escrito, fruto da transcrição, para que possa apreciar, criticar e, autorizar a utilização do mesmo.

Quando partes de minha entrevista forem transcritas, literalmente, solicito que a pesquisadora se refira a minha pessoa, utilizando o seguinte nome: _____ e/ou, o seguinte apelido: _____ . Desta forma, tenho ciência de que estarei atendendo à condição de anonimato e/ou estarei liberando o anonimato pois gostaria de ser identificado pelo meu nome, pois esta é expressão de minha vontade.

Além do exposto, gostaria de solicitar de parte da pesquisadora que (descreva outras exigências que gostaria de ver seguidas para poder prestar as informações necessárias à consecução do presente trabalho).

Concordo, portanto, com as condições ofertadas pela pesquisadora para a boa utilização de minhas informações, bem como a mesma, concorda com minhas exigências acostadas ao presente documento.

Florianópolis, _____ de _____ de 2005

Ass. _____
CPF nº _____

Felipa Rafaela Amadigi
CPF. 030.665.189-06

ANEXO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS**

Projeto n. 093/05

Título: *Implicações éticas da concepção dos trabalhadores da equipe de saúde da família sobre o direito à saúde.*

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Marta Inêz Machado Verdi (Enfermagem)

Pesquisadora principal: mestranda Felipa Rafaela Amadigi (Saúde Pública)

Data data entrada: 04/04/05

Objetivos – analisar as possíveis implicações éticas decorrentes da concepção dos trabalhadores da equipe de saúde da família sobre o direito à saúde na prestação de serviços, discutindo as relações entre as concepções de direito à saúde e a prática cotidiana desses trabalhadores.

Sumário – trata-se de pesquisa qualitativa, com procedimento descritivo-exploratório, que pretende entrevistar entre 5 e 7 equipes de saúde da família (médicos, enfermeiras, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), dentre as 48 equipes atuando no serviço de saúde pública da rede municipal de Florianópolis. A pesquisa utilizará entrevistas semi-estruturadas, gravadas, e que após transcritas, serão devolvidas para validação dos dados pelos participantes. O referencial básico da análise dos dados obtidos são os estudos de bioética desenvolvidos por Giovanni Berlinguer e Fermin Schramm.

Comentários frente à Resolução 196/96 e normas complementares – o projeto está bem fundamentado, apresentando ampla bibliografia, orçamento, TCLE e demais documentos exigidos.

Parecer – diante do exposto, somos de parecer **FAVORÁVEL** à aprovação do projeto.

Data da Reunião do Conselho de Ética: 25/04/2005

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.


Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador em Exercício da Comissão
de Ética em Pesquisa - PRPe/UFSC.