

Universidade Estadual do Ceará
Shandra Carmen Sales de Aguiar

**DIREITO À SAÚDE COMO UMA QUESTÃO DE
CIDADANIA: A REALIDADE SOB A ÓTICA DO
USUÁRIO**

Fortaleza – Ceará
2006

Universidade Estadual do Ceará
Shandra Carmem Sales de Aguiar

**DIREITO À SAÚDE COMO UMA QUESTÃO DE
CIDADANIA: A REALIDADE SOB A ÓTICA DO
USUÁRIO**

Dissertação do Curso de Mestrado
Acadêmico em Saúde Pública da
Universidade Estadual do Ceará (UECE)
apresentado como pré-requisito para
obtenção do título de mestre em Saúde
Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Sílvia Maria
Nóbrega-Therrien.

Fortaleza – Ceará

2006

Três coisas

De tudo, ficaram três coisas:

*A certeza de que estamos sempre
começando,*

A certeza de que é preciso continuar

*A certeza de que seremos interrompidos
antes de terminar.*

Portanto devemos:

Fazer da interrupção, um caminho novo,

Da queda, um passo de dança,

Do medo, uma escada,

Do sonho, uma ponte,

Da procura, um encontro.

Fernando Pessoa

PROFESSORES COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Sílvia Maria Nóbrega-Therrien

Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará

Orientadora

Profa. Dra. Helena Selma Azevedo – 1º Membro

Chefe do Departamento de Economia Doméstica da Universidade Federal do Ceará.

Profa. Dra. Maria Irismar de Almeida – 2º Membro

Professora do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará.

Profa. Dra. Neiva Francenely Vieira - Suplente

Diretora da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

FICHA CATALOGRÁFICA

A282d	Aguiar, Shandra Carmen Sales de. Direito à saúde como uma questão de cidadania: a realidade sob a ótica do usuário/Shandra Carmen Sales de Aguiar. Fortaleza, 2006 237p. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Silvia Maria Nóbrega Therrien. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública)- Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. 1. Política de Saúde – Brasil. 2. Cidadania – Brasil 3. Legislação de Saúde. 4. Direito à Saúde. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. COD: 614
-------	---

O conhecimento é um patrimônio da humanidade, portanto este texto pode ser reproduzido, individual ou institucionalmente, sob qualquer forma, no todo ou em partes, sem necessidade de autorização da autora, desde que sem fins comerciais.

Os caminhos e os (des) caminhos da pesquisa

Ao finalizar essa dissertação tenho a impressão de que ela sempre esteve em preparação durante toda a minha vida.

Enfrentar desafios e vencer obstáculos foram coisas cotidianas para mim durante a realização desse trabalho. Como principiante e ávida de adquirir conhecimentos, eu, muitas vezes, não conseguia nem me fazer entender pelas pessoas a quem buscava ajuda. E a minha maior dificuldade foi - me imposta pelo próprio tema escolhido para esse estudo, pois é um tema com um vasto campo de conhecimento e com aspectos muito interessantes, mas com muito pouco material científico produzido, o que dificultou muito a formulação do meu objeto de estudo. Mas com a ajuda de pessoas que me aproximaram das literaturas específicas e me forneceram as informações necessárias à fundamentação do meu estudo eu pude finalmente vislumbrar, o meu objeto de estudo. Não posso deixar de lembrar a professora Marluce Assis, que me fez ver claramente o que eu pretendia, mas que até então não conseguia um recorte, e ela elucidou esse recorte comigo, aí tudo ficou mais fácil. E assim uma vez determinado o objeto do estudo, outra dificuldade surgiu, pois eu gostaria que todos a quem eu recorria em busca de socorro tentando delimitar o meu objeto de estudo, entendesse o que eu dizia, mas essas pessoas muitas vezes não entendiam o que eu realmente queria, mas... No momento de maior angústia uma alma boa me apareceu, minha grande amiga Maria Edna, que me ajudou varias vezes. Ela lia e relia o meu rascunho, e mesmo não pertencendo a essa área, a sua ajuda foi de grande valia para mim. Não poderia deixar de lembrar também de outra grande amiga, que me foi de extrema importância nesse percurso, Maria Ricarte Guedes, que mesmo com todas as atribuições no seu de trabalho, e também empenhada em fazer uma monografia de um curso de especialização encontrou tempo para me ajudar na coleta dos dados.

Hoje, posso constatar que depois de um doloroso percurso a sensação que tenho é de que este foi apenas um ensaio, e que essa possibilidade só ocorreu pelo incentivo, pela boa vontade e pelo desprendimento de pessoas que, a serviço da ciência, se revelaram absolutamente indispensáveis à concretização desse estudo, e eu posso aqui

agradecer a minha orientadora Professora Dra. Sílvia Maria Nóbrega Therrien, sempre presente nas horas em que eu precisava, e as Professoras Dras. Neiva Francenely e Maria Irismar de Almeida, que muito me auxiliaram na fase de qualificação do meu projeto de pesquisa.

Dedicatória

CÉLIO, MIRELLA, JAMILLE, DANIEL E ANA LETÍCIA.

Minha família. Através de vocês resumo todo o meu carinho a todos aqueles e aquelas que apoiaram esta minha "gravidez e parto de dois anos" ou foram obrigados a arcar com o que tem de negativo, conviver com alguém nessas circunstâncias.

Agradecimentos

É muito bom dizer obrigada a tanta gente, neste período, em que se é acometida de tantos surtos: de tristeza, de incapacidade, de euforia, de incerteza, de cansaço, de alegrias... Mas é também muito reconfortante saber que alguém conseguiu se manter simplesmente presente, do lado da gente nesses momentos.

Por isso os agradecimentos:

A Deus sempre presente em todos os momentos de minha vida.

À Universidade Federal do Ceará, especialmente aos que fazem o Departamento de Economia Doméstica pela confiança e apoio na realização dessa pesquisa. Agradecimento especial a profa. Dra. Helena Selma Azevedo, chefe do Departamento de Economia Doméstica pela paciência de ler minha dissertação e prestar sua valiosa colaboração.

À Universidade Estadual do Ceará, pela estrutura e apoio para a realização do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública.

À minha orientadora professora Dra. Sílvia Maria Nóbrega – Therrien, pelas orientações e dedicação.

Aos sujeitos da pesquisa pelas importantes informações, sem as quais não teria sido possível a realização dessa dissertação.

À Direção do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, por ter permitido a realização da pesquisa.

Aos meus irmãos, irmãs, amigos (as) e agregados que sempre entenderam a minha não disponibilidade nos vários finais de semana.

Agradecimento especial ao meu irmão Jorge que sempre me incentivou nessa caminhada, desde o primeiro passo.

Aos “anjos da guarda” do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública. No passado: Rocemilda e Mardênia. Hoje: Mairla.

Ao Jorge, thank you, for my abstract.

Ao amigo e às amigas especiais sempre tão presentes nos climas acadêmicos: Cecília, Cibele, Edmara, Isabela, Fábio e Valéria, sem vocês o mestrado não teria sido igual nem tão especial.

sumário

Resumo

Abstract

1.0. O despertar pelo objeto de estudo e a contextualização do problema	16
2.0. Estudos sobre o direito à saúde como uma questão de cidadania: O estado da questão	24
3.0. Referencial teórico	34
3.1. Dos direitos humanos ao direito à saúde: um longo caminho de conquistas	34
3.2. Cidadania: o exercício do direito	44
3.3. Políticas de saúde pública: direito e exercício da cidadania	50
3.4. Direito à saúde na legislação brasileira: uma realidade oficial	61
3.5. Bases legais de apoio: a informação como direito de cidadania	67
4.0. Trajetória metodológica	78
4.1. Tipo de estudo e técnica de coleta de dados	78
4.2. Campo de estudo: Características e critérios de escolha	83
4.3. Sujeitos do estudo e o acesso a eles	86
4.4. Análise e interpretação dos dados coletados	88
5.0. Perfil dos sujeitos participantes da pesquisa	88
5.1. Perfil dos entrevistados: usuários e usuárias internados (as)	91
5.2. Perfil dos usuários e usuárias participantes do teste de Associação livre de palavras	95
5.3. Perfil dos acompanhantes e visitantes participantes do teste de Associação livre de palavras	102
6.0. Tratamento e análise do material coletado nas entrevistas, no Teste de associação livre de palavras e na observação livre	110
6.1. Análise do material coletado nas entrevistas	111
6.2. Análise do material coletado no teste de associação livre de palavras	182
6.3. Análise do material coletado na observação livre	196
7.0.Considerações Finais e Proposições	201

8.0. Referências bibliográficas	207
Apêndice I – Consentimento livre e esclarecido	221
Apêndice II – Roteiro de entrevista	222
Apêndice III - Observação livre	223
Apêndice IV – Teste de associação Livre de Palavras	224
Apêndice V - Banco de dados	225
Apêndice VI- Tri-deux-mots- IMPMOT	230
Apêndice VII- Tri-deux-mots -ANECAR	235

Resumo

Este estudo abordou a questão da cidadania no campo da saúde pública. No Brasil, o direito à saúde é reconhecido por tratados internacionais, está inserido no art. 196 da atual Constituição Federal e pode ser considerada uma das maiores conquistas da sociedade brasileira no campo das políticas sociais. Os objetivos da pesquisa foram: descrever a percepção do usuário e usuária em relação ao atendimento recebido num serviço público de uma unidade hospitalar; caracterizar a expectativa do grupo pesquisado em relação a esse atendimento; e analisar essa expectativa e essa percepção do usuário e da usuária, sobre o direito à saúde como uma questão de cidadania. Nele, pretendeu-se conhecer se o usuário ou usuária do serviço de saúde pública percebe o direito à saúde como uma premissa básica para o exercício da cidadania, uma vez que é de extrema importância para a sociedade, pois a saúde diz respeito à qualidade de vida, escopo de todo cidadão, no exercício de seus direitos. Pretendeu-se ainda estabelecer uma relação entre o conhecimento do direito e a exigência deste, pelo usuário e pela usuária, e, ainda identificar os fatores que contribuem para a exigência desses direitos. O estudo foi desenvolvido em um hospital universitário, que tem por característica o ensino integrado de todos os cursos pertinentes à área da saúde, e que além das atividades de ensino, pesquisa e extensão, executa a prestação de serviços à comunidade, através do Sistema Único de Saúde (SUS). A Metodologia escolhida foi de natureza qualitativa e para a coleta de dados foi utilizada a observação livre, o teste de associação livre de palavras e um roteiro de entrevista semi estruturada. Foram entrevistados 25 sujeitos internados. Para o teste de associação livre de palavras participaram 50 sujeitos internados (dentre eles 25 participaram da entrevista) e 50 acompanhantes e visitantes. Os dados coletados através do teste de associação livre de palavras foram processados pelo software Tri-Deux-Mots, versão 2.2. desenvolvido por Phillipe Cibois, em 1995, e analisados através da Análise Fatorial de Correspondência (AFC). As entrevistas foram analisadas através da Análise de Conteúdo de Bardin. Verificou-se através deste estudo que existe uma total ausência de consciência de direitos, com a nítida percepção de que o direito não existe para a maioria dos participantes da pesquisa. E mais do que um desconhecimento do direito à saúde, os participantes da pesquisa mostraram uma resignação e uma submissão que nos indica que o caminho a percorrer para se alcançar o direito à saúde como uma questão de cidadania é ainda longo e difícil. Mas que poderá ser alcançado quando se estabelecer uma aliança de co-responsabilidade nas relações de saúde, só assim poderá acontecer a construção de um fazer em saúde, não meramente técnico, mas comprometido com a cidadania, pois no Brasil é necessário a participação e a luta de cada um para que todos sejam cidadãos iguais em direitos e deveres. E somente com a transformação do país, o direito à saúde poderá se estender a todos os brasileiros e todas as brasileiras e assim ser considerado realmente uma questão de cidadania.

Abstract

This study approaches the question of citizenship in the domain of public health. In Brazil the right to have access to public health is a constitutional right (assured in Article 196 of the Federal Constitution), which is worldwide recognised by international treaties. It is considered to be one of the greatest conquests for the Brazilian society in the field of social policies. The research aims were to describe the user's perception in relation to the care received in a public health service of a hospital unit and characterize the research group expectation in relation to this care as well. At the same time analyze that expectation on the right to health as a matter of citizenship. It was intended to know whether the user of a public health service understands the right to health as a basic premise for the exercise of citizenship, once it is extremely important to the society to consider health a matter of life quality and a target for every citizen by claiming his civil rights. It was still intended to establish a relation between the awareness of the right and its demand by the user, identifying factors which contribute for this demand. The study was developed in a university hospital, which has as characteristic the integrated teaching in the health areas as a whole, and develops research activities as well as public health service through the Single Health System (SUS).

The chosen Methodology was that of qualitative nature, employing free observation by collecting data, free association word test and a guide of semistructured interview. An interview was carried out among 25 hospital patients. For the free word association test 50 patients took part beside 50 visitors and bystanders.

The collected data, an outcome from the free word association test, were processed by the software Tri-Deux-Mots (Cibois 1998), version 2.2, and analysed through the Correspondence Factorial Analysis (AFC). The interviews were analysed through the Analysis of Contents from Bardin.

Through this study It was found out a total lack of Awareness on the right, with a clear perception that this right does not exist for the majority of those who took part in the research. Further, more than lack of awareness on the right to health the research parttakers showed strong resignation and submission indicating how so far away and hard is still the right to health to be reached by claiming it on the basis of citizenship. However, it can be reached through the establishment of an alliance for a mutual responsibility in the health relations. Thus, it will happen a bring about action in the realms of health, not merely technical, but compromised with citizenship. In Brazil, it is necessary the struggle and participation of each one for everyone to become equal citizens before rights and duties. And so, by the country's transformation the right to health can be extended to all Brazilians and actually becomes a matter of citizenship.

Abreviaturas e siglas

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIS - Ações Integradas de Saúde
ABES – Associação Brasileira de Engenharia Sanitária
AFC – Análise Fatorial de Correspondência
ABED – Associação Brasileira de Economistas Domésticos
CEBES-Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CONASP-Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CF – Constituição Federal
CAPS - Caixa de Aposentadorias e Pensões
CDC – Código de Defesa do Consumidor
CPF – Cobrança Por Fora
CPF – Contribuição Por Fator
CEF – Caixa Econômica Federal
CID – Classificação Internacional de Doenças
DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio Econômicos
EDUCON – Núcleo de Educação do Consumidor E Administração Familiar
ECA-Estatuto da Criança e do Adolescente
FAO - Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação
FSESP - Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
HUWC – Hospital Universitário Walter Cantídio
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IAPS – Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPM – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos
IAPC – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes
IAPB - Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Bancários
IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência Social
IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
IERJ – Instituto de Educação do Rio de Janeiro
INAMPS-Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LDB – Lei de Diretrizes e Bases
LOS- Lei Orgânica da Saúde
LOSAN – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MAHE – Manitoba Home Economists Association
MEC – Ministério da Educação
NOBS – Normas Operacionais Básicas de Saúde
NOAS – Normas Operacionais da Assistência à saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
OSS – Orçamento da Seguridade Social
OIT – Organização Internacional do Trabalho
ONU – Organização das Nações Unidas
PAR – Programa de Arrendamento Residencial
PIASS-Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
PNDH – Programa Nacional de Direitos Humanos
PREV- SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROCON –SP – Sistema Estadual de Proteção e Defesa do Consumidor de São Paulo
SEADE – Fundação Estadual do Sistema de Análise de Dados

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TALP - Teste de Associação Livre de Palavras
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UFC - Universidade Federal do Ceará
UECE – Universidade Estadual do Ceará
UERJ – Universidade estadual do Rio de Janeiro

1. O despertar pelo objeto do estudo e a contextualização do problema

O interesse em desenvolver um trabalho na área de cidadania e saúde surgiu a partir da disciplina Educação do Consumidor no Curso de Economia Doméstica da Universidade Federal do Ceará-UFC, que introduziu os conceitos de direitos e deveres do cidadão e me despertou para estas questões, e as experiências que obtive através de estágios supervisionados que realizei em hospitais, como exigência para a conclusão dos cursos de Economia Doméstica na UFC, Administração Hospitalar e Nutrição na Universidade Estadual do Ceará-UECE. Tais estágios foram realizados em hospitais da rede pública e privada respectivamente.

Como profissional, trabalhei durante três anos em um hospital, pertencente à rede privada, que mantinha convênio com a Previdência Social, experiência que também contribuiu para fortalecer o meu interesse no tema em questão.

Em 1984, ingressei no quadro de servidores técnico-administrativo de nível médio da UFC. Nessa época, o Brasil passava por mudanças radicais que levaram em 1985, com a chegada da Nova República e a redemocratização do País, depois do fim do Regime Militar, os movimentos sociais a começaram um processo de discussão juntamente com políticos interessados, cientistas, e outras parcelas da população, sobre os atuais modelos de saúde vigentes no país. Nessa época começava-se a pensar em um modelo de sistema de saúde, que não fosse excludente com o da época.

O Brasil desde fins de 70 vinha sofrendo uma crise sanitária, com o esgotamento do modelo médico assistencial privatista, e sentia-se por parte desses grupos a necessidade de alterar a configuração do então sistema de serviço de saúde vigente. Assim foi que, no período compreendido entre 1980 e 1990 surgiram na arena sanitária brasileira novos sujeitos sociais, portadores de ideologias e interesses diferentes e que conseguiram conformar dois projetos sanitários alternativos em permanente tensão: A reforma sanitária e o projeto neo liberal. No ano de 1985 os brasileiros, com relação à assistência a saúde estavam divididos em três categorias: os que podiam pagar pelos

serviços, os que tinham direito à assistência prestada pelo INAMPS (somente aqueles que faziam parte da força de trabalho e, portanto contribuíam e possuíam a “carteirinha do INAMPS”): e os indigentes¹ que não tinham qualquer direito.

Em 1987, passei, na UFC, para o cargo de administrador de nível superior. Em 1988 dei continuidade aos meus estudos e realizei um Curso de Especialização em Administração dos Serviços de Saúde, que foi ministrado por docentes da Universidade de Ribeirão Preto - São Paulo, em parceria com a Associação Brasileira de Engenharia Sanitária - ABES, em Fortaleza, que concluí dois anos depois. Nesse mesmo ano, ingressei em meu terceiro curso de graduação. Escolhi Nutrição na UECE, que concluí quatro anos depois. E mais uma vez cumpri o estágio supervisionado em um hospital da rede pública.

Também em 1987, o Instituto Nacional de Previdência Social-INAMPS, já havia adotado uma série de disposições que já o aproximava de uma cobertura universal, como, por exemplo, o fim da exigência da “Carteirinha do INAMPS” para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da Rede Pública. Esse processo culminou com a instituição em 1987, do SUDS-Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que representou o repasse das atividades realizadas pelo INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde (Fleury, 1991).

Com a previsão da eleição da Assembléia Nacional Constituinte que se encarregaria da elaboração da nova Constituição Federal Brasileira, foi convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde², para discutir a nova proposta de estrutura e de política de saúde do país (Campos, 1993). Entre as propostas constantes no Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1987) encontrava-se o conceito ampliado de saúde, onde saúde deveria ser entendida como resultante das condições de vida, moradia, lazer, acesso e posse de terra, transporte e emprego. A saúde era definida dentro de um contexto histórico da sociedade, e num dado momento de seu

¹ Indigente, entre outras significações, é variante de mendigo. Portanto, essa parcela da população que se constituía de indigentes e que não tinha qualquer direito à assistência médica, quando a recebiam era na condição de favor, de caridade (Negri, 2003).

² A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi uma mobilização popular que reuniu cerca de 5000 pessoas, que foram responsáveis pela sistematização de propostas que serviram de base para o capítulo da saúde na Constituinte de 1987/1988 e para a criação do Sistema Único de Saúde - SUS.

desenvolvimento, deveria ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

E assim, a primeira grande conquista do Movimento de Reforma Sanitária se dá com a definição, pela Constituição Federal de 05 de outubro de 1988, onde foi incluída pela primeira vez, uma seção sobre a Saúde, a qual incorporou em grande parte, os conceitos e propostas da Reforma Sanitária. E no texto constitucional o Capítulo que se relaciona a Saúde destaca, entre outros, o Art. 196 que refere que: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL,1988). Define-se assim, de maneira clara, a proposta de universalidade de cobertura do Sistema Único de Saúde-SUS. Ainda na Constituição de 1988, o Art. 200 define as competências e atribuições do SUS. Em 19 de setembro de 1990, publica-se a Lei 8080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo, e definiu o Ministério da Saúde como administrador da União. No capítulo II - Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7, estabeleceu como primeiro princípio do SUS a “Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (BRASIL, 1990). O Brasil passou a contar com um sistema público de saúde único e universal e nossa Constituição passou a ser considerada uma das Constituições mais avançadas do mundo no que diz respeito à Saúde.

Assim, há mais de 15 anos, o Brasil vem implantando o Sistema Único de Saúde, o SUS, que foi criado para ser o sistema de saúde dos 172.385.826 habitantes do Brasil (IBGE, 2001), sem nenhum tipo de discriminação. Percebo que mesmo após toda essa luta e mobilização da sociedade, da atual Constituição Brasileira ter reconhecido à saúde como um direito de cidadania, as pessoas, ainda são alijadas de seus direitos até por ignorá-los muitas vezes, ou porque quando buscam o serviço de saúde, falta a Informação relacionada ao conhecimento sobre o diagnóstico de sua doença, sobre as medicações lhe são administradas, exames que deverão realizar e vários outros procedimentos como uma simples marcação de consulta.

Ainda em 1987, participei com mais três colegas economistas domésticas de um projeto de intercâmbio entre a Associação Brasileira de

Economistas Domésticos de Fortaleza e a Associação Canadense de Economistas Domésticos, denominada *Manitoba Home Economists Association-MAHE-Canadá*. Durante sete anos desenvolvemos como voluntárias, fruto desse intercâmbio, um projeto de educação do consumidor em Fortaleza, e no sexto ano do referido projeto em 1993, idealizamos na UFC, no departamento de economia doméstica, o Núcleo de Educação do Consumidor (EDUCON). Hoje, durante 22 anos trabalhando na UFC, onze anos dos quais, coordenando o referido Núcleo de Educação do Consumidor³, e acompanhando de perto a vida de pessoas que vivem em comunidades carentes de recursos, tenho percebido que, principalmente aquelas, consideradas pelo Código de Defesa do Consumidor-CDC Lei 8078 de 11.09.1990, como hipossuficientes⁴, são as menos informadas e menos respeitadas nos seus direitos.

Na tentativa de encontrar soluções que pudessem vir a diminuir as desigualdades existentes, em 1992, tomei conhecimento de um grupo de médicos de Brasília, que durante a I Conferência Nacional de Ética Médica, realizada no Rio de Janeiro, havia apresentado uma proposta, conhecida como “Proposta do Grupo de Brasília”, na qual esse grupo, já desde 1987 trabalhava para delinear um conjunto de normas que diziam respeito aos direitos do paciente. Também, em 1992 participando de um evento em Brasília, conheci outra proposta de um outro grupo de médicos da Associação Paulista de Medicina em parceria com o Sistema de Proteção e Defesa do Consumidor de São Paulo (PROCON-SP), que vinha desenvolvendo um trabalho em conjunto, tentando organizar leis já existentes, para formar um manual sobre os direitos do paciente. Essas duas propostas das quais tomei conhecimento vieram no sentido do que eu buscava encontrar.

Nesse mesmo tempo tive contato com estudos, inclusive leis, que tratavam do assunto relacionado aos direitos dos usuários dos serviços de saúde. Dentre eles, o que mais me chamou a atenção foi o do Dr. Ernst

³ Um projeto de extensão do Departamento de Economia Doméstica da Universidade Federal do Ceará, criado em 07 de maio de 1993, que tem como objetivo primordial orientar e informar o consumidor sobre as diversas áreas de consumo, inclusive na área da saúde. É um projeto que trabalha de forma preventiva, oferecendo ferramentas para formar um consumidor crítico e consciente de seus direitos e deveres, para que este possa se auto defender.

⁴ Denominação utilizada pelo Código de Defesa do Consumidor, e que de acordo com o Aurélio (p.343) se diz de uma pessoa que é economicamente fraca, que não é auto-suficiente.

Christian Gauderer (1995), sobre “os direitos do paciente: um manual de sobrevivência”, considerado o primeiro texto que trata desse assunto no Brasil. Apesar de esse autor ser natural da Alemanha Oriental, formou-se em medicina na Faculdade Nacional do Rio de Janeiro, e como ele mesmo afirma “é brasileiro de coração, por opção, e paciente, por obrigação”. Gauderer (1995) refere ainda que todo ser humano tem direito a atenção médica nos serviços de saúde mantidos pelo governo federal, estadual e municipal, e na ausência desses serviços, em qualquer serviço de saúde existente.

Os direitos descritos por Gauderer (1995) ainda hoje, não são realidade para quem precisa de um serviço público de saúde. Quando um usuário se encaminha a esse serviço, o diálogo entre o usuário e o profissional de saúde, muitas vezes não favorece um conhecimento suficiente ao mesmo sobre os aspectos importantes da sua doença. As condutas e decisões tomadas pela equipe de saúde são quase sempre tomadas unilateralmente. Essa relação fica empobrecida por uma parte, pelo lado do usuário, que traz consigo ansiedade, medo, temor em questionar sobre procedimentos profissionais e hospitalares que lhe dizem respeito; por outra parte, a equipe de profissionais de saúde não fornece as informações suficientes sobre essas questões por acreditar muitas vezes que o usuário não tem condições por ser leigo, para entender o que vai ser dito ou realizado nesse sentido. Esse comportamento dos profissionais de saúde faz com que o usuário não tenha seus direitos de cidadão preservados.

Apesar do direito à saúde ter sido afirmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 10 de dezembro de 1948 e estar explicitado na Constituição Federal de 05 de outubro de 1988, que define saúde como direito de todos e dever do Estado, indicando os princípios e diretrizes legais do SUS, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90) regulamentada estes princípios, reafirmando a saúde como direito universal e fundamental do ser humano, sabe-se que os direitos dos usuários e usuárias nesses serviços de saúde quase sempre não são respeitados e tanto os usuários e usuárias quanto os profissionais de saúde também muitas vezes desconhecem a existência desses direitos.

No Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2004) a saúde preconizada na Constituição é qualidade de vida, portanto, implica em

reconhecer o homem como ser integral. Saúde como qualidade de vida tem que estar vinculada aos direitos humanos, ao direito ao trabalho, à moradia, a educação, a alimentação e ao lazer. O direito à saúde, principalmente quando olhado pela ótica da qualidade de vida, exige também que a superação das desigualdades envolva o acesso democrático a alimentos, a medicamentos e a serviços que sejam seguros e que tenham sua qualidade controlada pelo poder público. Assim sendo, apesar da Constituição Federal assegurar a cidadania numa concepção traduzida nas condições de vida da população, nota-se que a efetivação do direito à saúde depende do provimento de políticas sociais e econômicas que assegurem desenvolvimento econômico sustentável e distribuição de renda, cabendo especificamente ao SUS a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades de forma eqüitativa.

De acordo com dados do IBGE (2001) e do Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2004), o direito à saúde ainda não alcança toda a população brasileira. Cerca de 74% dos brasileiros utilizam exclusivamente os serviços do SUS, enquanto 26% buscam assistência no setor de saúde suplementar. De acordo com esses dados constata-se, por um lado, que a grande maioria da população brasileira depende do SUS e por outro, que ainda há uma extensa agenda a ser cumprida para a consolidação do direito em muitos aspectos, entre eles, a qualidade e a integralidade da atenção à saúde. Hoje os serviços de saúde oferecidos na sua maioria são de baixa qualidade e ainda existe dificuldade de acesso, o que impede que o SUS seja um sistema de atenção eficiente no cumprimento da universalidade e da integralidade. A desigualdade social que se manifesta pela crescente concentração de renda, acarretando pobreza e exclusão social, constitui um desafio para garantir direitos de saúde à população. Hoje, muitas pessoas ainda enfrentam situações constrangedoras como filas de espera, hospitais lotados, sucateados, mau atendimento, falta de remédios e outros problemas.

Por parte do usuário e usuária observa-se que, por acreditar que não paga pelo serviço/atendimento, e/ou por estar agradecido à equipe de saúde que lhe presta cuidados, ele ou ela, muitas vezes, se sente constrangido ou constrangida em fazer perguntas ou questionar as condutas e decisões tomadas pela equipe de saúde sobre seu tratamento, pela demora nesse atendimento e até pela qualidade do mesmo. O profissional de saúde, por sua

vez ao cuidar do doente/usuário, tendo poder de decisão sobre sua vida, quase sempre, não busca desenvolver uma interação de acolhimento e vínculo com o usuário do serviço. Assim, algumas condutas relativas ao tratamento não são discutidas ou esclarecidas com o usuário e usuária, que normalmente é “leigo (a)” no assunto. Capra (1982) cita que nos hospitais é dada uma ênfase maior a tecnologia e a competência profissional, negligenciando de certa forma o contato com o usuário, postura esta que leva o usuário a se sentir impotente e assustado, e, isso, freqüentemente impede ou retarda o seu quadro clínico.

Nessa linha de compreensão Ribeiro (1993) fala que o indivíduo doente deixa de ser sujeito de seus atos e passa a ser um objeto da prática médico-hospitalar, subtraindo sua individualidade e se transformando em mais um caso contabilizado. Ele passa a ter sentimentos de insegurança, culpa por estar doente e sofre um processo de infantilização pela forma como é tratado. Isto sem contar, com o medo da morte que o deixa em um estado de total submissão. Acrescenta ainda o autor que não é só o fato do indivíduo sentir-se doente e inútil e ser grato pelo atendimento recebido, mas, de toda uma geração de profissionais e doentes, que passaram a vida sob regimes políticos que regulavam o direito à informação e a forma de expressão dos indivíduos, o que acabou exercendo forte censura nos meios de comunicação, não permitindo estimular o pensamento questionador dos estudantes, profissionais, trabalhadores e outros mais, nem a busca e defesa de seus direitos de cidadania.

Assim, não tendo desenvolvido o hábito de questionar e expressar os seus sentimentos, muitas pessoas tendem a se calar frente aquelas que elas acreditam que “sabem” e “podem” tudo. É uma entrega total do seu corpo nas mãos de outras pessoas, que, segundo elas, irão curá-las e devolvê-las à sua vida cotidiana. Nesse raciocínio, o indivíduo delega autoridade total ao profissional de saúde, principalmente ao médico, para decidir sobre o seu estado de saúde e seu tratamento, o que expressa o caráter dessa relação. Acredito que esse “poder” utilizado pelos profissionais de saúde é uma forma de dominação que se encontra muito presente nessa relação, mesmo que, muitas vezes, de forma sutil.

A partir desse memorial e desse resgate histórico das políticas públicas no Brasil, justifico o meu interesse no tema cidadania e saúde, por ser

essa uma problemática que afeta a grande maioria dos usuários dos serviços de saúde. Parto do pressuposto que o usuário e usuária desses serviços de saúde desconhecem seus direitos, e nesse sentido não podem “cobrar” um direito que muitas vezes nem sequer sabem que existe. Por outro lado acredito que os profissionais de saúde, também desconhecem os direitos dos usuários, e alguns que os conhecem, normalmente não os cumprem, contribuindo assim para uma assistência de saúde, que nega ao cidadão a liberdade de exercer sua cidadania, de aprender sobre seus direitos e deveres, e de ser tratado com dignidade e respeito.

A partir do exposto, pretendo com este estudo compreender como o usuário e usuária de um serviço público de uma unidade hospitalar, percebem o seu direito à saúde com uma questão de cidadania.

E mais especificamente tenho como objetivos:

- Descrever a percepção do usuário e da usuária em relação ao atendimento recebido num serviço público de uma unidade hospitalar;
- Caracterizar a expectativa desse grupo pesquisado com relação a esse atendimento;
- Analisar essa expectativa e percepção do usuário e da usuária, em relação ao direito à saúde como uma questão de cidadania.

2. Estudos sobre o direito à saúde como uma questão de cidadania: o estado da questão

Tanto do ponto de vista da literatura científica como do senso comum dos que reivindicam a cidadania na saúde, é unânime a opinião de que em qualquer sociedade que se auto-determine como uma democracia deve existir dois valores básicos que têm de ser priorizados: a saúde e a educação. A priorização da saúde e educação nas pautas de reivindicações e de plataformas de trabalho em qualquer projeto político para uma dada sociedade não está calcada apenas na defesa do bem estar e no respeito aos direitos humanos. Estas são questões que se articulam com processos explicativos de valores e interesses, muito mais no nível do econômico e ideológico do que de referências nostálgicas aos direitos naturais apregoados pela revolução burguesa.

Assim, embora o direito à saúde seja um tema que deveria estar constantemente em discussão, a literatura em saúde, nacional e internacional pesquisada⁵ no período de 1997 a 2005, nos oferece apenas um pequeno número de estudos em torno de 58 sobre a temática. Chegamos, entretanto, somente a 13 pesquisas que relacionam de alguma forma o direito à saúde e à cidadania. Destas 13 somente duas delas fazem a relação direta entre o direito à saúde como uma questão de cidadania visto pela ótica do usuário, são os estudos de Andrade (1993) e de Bosi (1998), ver Figura 1. É importante referir que, esses estudos já publicados, oferecem informações relevantes para subsidiar a investigação proposta nesta dissertação. A base teórico-metodológica utilizada nos mesmos contribuiu para a construção desse capítulo sobre o estado da questão (NÓBREGA-THERRIEN e THERRIEN, 2004).

Os estudos relacionados a seguir constituem, portanto mais que o mapeamento de pesquisadores sobre o tema, ele evidência a cronologia de “achados” que terminam por mostrar a contribuição desse próprio trabalho..

⁵ Foi realizada uma revisão bibliográfica nos artigos publicados nos seguintes periódicos: Revista Pan-americana de Salud Pública, em 91 números dessa Revista no período compreendido entre 1997 -2004- 91 exemplares. O último número pesquisado data de 29 de novembro de 2004; nos Cadernos de Saúde Pública foram pesquisados 15 números da Revista no período compreendido entre 1996 e 2005- 15 exemplares. O último número pesquisado corresponde a Janeiro-fevereiro de 2005) e ainda na Base de Dados on line da Bireme (SciELO, Lilacs e Medline), sobre o tema em questão, durante os meses de novembro de 2004 a março de 2005.

No ano de 1987 Dallari (1987) publicou a pesquisa *Da fundamentação natural da lei à conquista dos direitos fundamentais*, em São Paulo, cujo objetivo foi discutir a concepção do direito, da lei, do governo, e o conteúdo e importância da Constituição, destacando a importância do Código Civil nas questões de saúde mental. Como resultado ele constatou que se tem dado pouca atenção ao doente mental nas diversas Constituições de outros países e constatou a negação de pleno gozo de todos os direitos cristalizada na expressão excessivamente vaga “louca de todo gênero” constante no Código Civil. Também faz alusões às referências muito vagas, na constituição brasileira, à saúde como direito e a prática diária em relação ao trabalhador. Pelo que sabemos hoje, nessa época, ainda não existia na nossa Constituição em vigor, no caso a de 1967, o capítulo dedicado à saúde, que só foi introduzido na Constituição de 1988.

Em 1989, Mattos (1989), desenvolveu uma pesquisa sobre *Participação popular ou cidadania regulada: movimentos populares pela saúde no Rio de Janeiro*, onde investiga as experiências participativas das mobilizações populares e lutas pela conquista de um dos direitos fundamentais do cidadão: a saúde. Na pesquisa é ressaltada a participação dos movimentos populares nos rumos e direção do Sistema de Saúde.

Em 1990, Gifonni; (1990) Freire; (1990) Moura Neto; (1990) Kinoshita;(1990) Lancetti (1990) e mais uma vez Dallari(1990), realizam, em São Paulo, a pesquisa *Saúde mental e cidadania*, onde analisam a relação entre lei e direito, caracterizando o tratamento dado nas Constituições brasileiras aos “doentes mentais”.O trabalho penetra incisivamente nos discursos operantes do campo da saúde mental onde se entrelaçam os meandros da nossa prática e os interstícios da lei. Os autores no estudo elaboram propostas para a transformação do sistema psiquiátrico e apresentam pela primeira vez a experiência italiana de Franco Basaglia⁶ sobre esse sistema.

⁶ Franco Basaglia era médico e psiquiatra, e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática. Nasceu no ano de 1924 em Veneza, Itália, e faleceu em 1980.

No mesmo ano de 1990, Oliveira e Silva (1990) desenvolveram uma pesquisa intitulada Educação em saúde: repensando a formação de professores, uma pesquisa que faz uma reflexão teórico-metodológica sobre a problemática educação-saúde-cidadania na sociedade brasileira, tomando por referência o trabalho desenvolvido no curso de formação de professores do Instituto de Educação do Rio de Janeiro (IERJ). Essa reflexão sobre o currículo é relacionada ao conceito de saúde como direito, expresso na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986. O estudo em questão enfatiza a importância da organização e mobilização da sociedade civil brasileira pela universalização da saúde como expressão de cidadania. Concluem o trabalho repensando a formação do educador, visando sua participação crítica e consciente na sociedade e a educação em saúde é entendida como contribuição à conquista coletiva de condições dignas de vida.

Ainda no ano de 1990, em São Paulo, Oliver (1990), desenvolve a pesquisa: a atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência no sistema de saúde do Município de São Paulo: uma questão de cidadania. O objeto do referido estudo é a inserção da atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência no sistema de saúde. O tema é estudado com base na discussão das políticas sociais e suas repercussões assim como na análise dos depoimentos de profissionais envolvidos com a proposição e execução do atendimento à pessoa portadora de deficiência, nos serviços públicos, filantrópicos e beneficentes. Como resultado do estudo pode se identificar que a assistência a essa população se insere marginalmente no sistema de saúde e que depende do modelo assistencial proposto e do estágio de implantação do SUS, que permite revelar, no âmbito do setor saúde, a cidadania possível das pessoas portadoras de deficiência.

Em 1993, o pesquisador Valla (1993), coordenou uma pesquisa realizada na Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, que se chamou: participação popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício da cidadania. O eixo temático do estudo é a reflexão sobre a educação e saúde, tendo como linha orientadora o fortalecimento da sociedade civil na luta por serviços públicos de qualidade e pelos direitos fundamentais da cidadania. A intenção principal dos autores da pesquisa foi o de contribuir para o debate sobre a participação popular e saúde e oferecer algumas pistas que pudessem

estimular ações mais amplas em torno da defesa da saúde e da qualidade de vida.

Foi também no em 1993, em São Paulo, que Andrade (1993) estudou os movimentos sociais, cidadania e saúde: anotações pertinentes à conjuntura atual. Estudando os movimentos sociais ele resgatou a noção de cidadania, discutindo a inter-relação entre saúde e cidadania, enfocando a percepção da população e suas representações sobre direito à saúde.

Ainda no ano de 1993 em São Paulo, Santana (1993), desenvolveu uma pesquisa intitulada, O direito à saúde para o exercício da cidadania, onde estudava a saúde como um direito do cidadão que o Estado deve garantir, considerando o princípio de democratização entendido pela sociedade. Esse estudo foi voltado para os direitos de saúde dos idosos. Para o autor a idéia da velhice relacionada à improdutividade faz com que o idoso seja visto como uma categoria “descartável”. O reconhecimento de seus direitos à saúde, entretanto, implica na universalização do atendimento de suas necessidades relativas à moradia, segurança dos rendimentos, direito ao trabalho e a aposentadoria, numa estreita vinculação com a segurança à saúde, alimentação, saneamento ambiental, acesso aos serviços de transporte, lazer e liberdade de expressão. Reconhece também que a educação como direito fundamental, deveria ser oferecida sem qualquer discriminação e que a indefinição de uma política de valorização do papel do idoso vai resultar em injustiça social constatada no contexto da realidade concreta.

No Rio de Janeiro em 1994 a pesquisadora Velloso (1994) desenvolveu a pesquisa Direito: concessão ao imaginário. No referido estudo a discussão dos direitos à saúde remete a um universo em construção que aponta para a necessidade de se concentrar a investigação em contextos micro para a partir deles estabelecer bases para reflexões de cunho mais amplo. O direito à saúde, enquanto direito de cidadania, é uma construção social e não pode ser tratado sem fazer referência aos diferentes processos que o permeiam. O estudo trabalha os componentes simbólicos desse processo, a partir da análise da representação social do direito à saúde que se funda em raízes sociais culturais, consolidadas ao longo do exercício de utilização dos serviços de saúde. O estudo se propõe a pensar a produção, distribuição e consumo dos serviços de saúde, colocando a necessidade de ultrapassar o

conhecimento da política como campo institucional. Busca a ampliação da análise através de tipos de sociabilidade e modos de percepção da sociedade. O estudo também trabalha a noção de cidadania a partir da categoria de representações sociais, visando estabelecer relações internas com a finalidade de apreender o impacto das políticas sociais no cotidiano. O privilegiamento desta categoria de análise se faz na tentativa de recuperar o sujeito em sua experiência e articular as representações destes às instituições e às políticas sociais. A autora ao utilizar a história de vida, teve a pretensão de captar, por intermédio da leitura de pequenas narrativas autobiográficas, a representação do direito à saúde que, como já foi apontado, trata-se de um princípio ao mesmo tempo instituído e instituinte.

Em Minas Gerais em 1995, Correa (1995) trabalhou com as representações sobre saúde das lideranças de uma comunidade em luta pela cidadania: uma referência para ação. O objetivo do trabalho foi conhecer as representações sociais sobre saúde das lideranças de uma comunidade em luta política pela cidadania. Foi feita a análise de conteúdo do discurso de oito líderes comunitários entrevistados, organizada a partir de quatro temas centrais: a sua saúde, a saúde da sua família, a saúde da sua comunidade e a luta por saúde/movimentos popular por saúde. A pesquisa foi desenvolvida no bairro de Jurunas em Belém/Pará e como resultado do estudo as representações de saúde dos líderes comunitários sinalizaram para alianças entre profissionais de saúde e a comunidade, entre os diversos movimentos e entre as lideranças e o Estado. Foi sugerido pela autora que esses dados fossem utilizados pelos profissionais de saúde para reflexão, em especial o profissional de enfermagem, a fim de repensar a prática desenvolvida nessa comunidade.

Ainda em 1995, surge também em Minas Gerais, um estudo realizado por Assis, Kantorski e Tavares (1995), que se intitula: Participação social: um espaço em construção para a conquista da cidadania, e que trata de uma reflexão teórica acerca da participação social enquanto espaço de cidadania, resgatada a partir dos processos de luta pela Reforma Sanitária durante as décadas de 1980 e 1990. O autor e as autoras procuraram inicialmente definir a participação social e a cidadania, elaborando a seguir uma reflexão sobre as tentativas de explicação político-social para os

processos de cidadania, sobre os caminhos do direito à saúde, tomando a participação social relacionada à conquista jurídico-institucional e sobre a participação enquanto possibilidade de constituição de sujeitos sociais. A pesquisa sugere que em um contexto de contradições como o nosso, a gestão colegiada pode se constituir em um espaço problematizador de construção individual e coletiva dos sujeitos articuladores de um sistema fundamentado na lógica da solidariedade.

No ano de 1998, Bosi e Affonso (1998), no Rio de Janeiro, desenvolveram a pesquisa Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da rede pública de serviços. O estudo foi desenvolvido no Município do Rio de Janeiro e aborda a questão da cidadania e da participação popular em saúde, tendo por base a análise das concepções de um grupo específico de usuários: os que freqüentam as unidades de cuidados básicos da área programática 3.1. do Município do Rio de Janeiro⁷. Analisando as concepções referentes ao tema em estudo, estas se confrontam com as concepções que orientam o texto constitucional no capítulo referente à saúde, ao mesmo tempo em que discutem o papel do usuário em sua relação com o profissional de saúde que o assiste. Como resultado do estudo constataram, por um lado, um distanciamento da condição de cidadãos, e por outro lado, identificaram aspectos fundamentais que, embora presentes na subjetividade do grupo pesquisado, não encontraram canais de expressão, principalmente no plano concreto das práticas, isto é, houve a falta de correspondência entre o discurso legal e a realidade concreta a qual se referem.

No ano de 1999 ainda no Rio de Janeiro, Komis e Rodrigues (1999), desenvolveram a pesquisa Os (des) caminhos do direito a saúde no Brasil. O estudo discute os direitos à saúde, como parte dos novos direitos de cidadania instituídos pela Constituição Federal de 1988. Ao contrário da voz corrente no setor de saúde, segundo a qual o setor desempenharia um papel de vanguarda na área social brasileira, essa pesquisa procura mostrar que os direitos a saúde são menos desenvolvidos do que os de outras áreas sociais. Procura mostrar ainda, que a debilidade da formulação dos direitos à saúde no país

⁷ Área que envolve a região da Ilha do Governador e Leopoldina, abrangendo a época do estudo, um total de 38 bairros e 84 favelas, população que representa 14,5% da população total do Município do Rio de Janeiro, sendo a terceira área em densidade demográfica no município (Carvalho, 1991).

dificulta a defesa dos direitos de cidadania na área da saúde e impede a responsabilização das autoridades públicas em caso de violação destes. A pesquisa tem o objetivo de discutir o tratamento da questão dos direitos à saúde da população na trajetória da Reforma Sanitária Brasileira. Os pesquisadores chegaram à conclusão de que a preocupação com o desenvolvimento dos direitos à saúde não está presente na agenda de implantação do SUS. A questão do direito à saúde não constou do temário das últimas conferências nacionais de saúde, nem de deliberações do Conselho Nacional de Saúde, e ainda, comparando a situação do setor saúde com a de outros direitos sociais brasileiros, cuja base foi redefinida pela Constituição Federal de 1988, como educação, crianças e adolescentes, idosos e portadores de deficiência, revela que a saúde é a mais pobre de todas.

Cohn (2003) no ano de 2003, no Rio de Janeiro, elaborou o ensaio intitulado *Estado e sociedade e as configurações do direito à saúde*. O estudo resgata algumas das principais discussões travadas no campo das ciências sociais sobre as relações entre Estado, sociedade civil e participação social nas políticas de saúde. O recorte é a dimensão política propriamente dita, deixando à parte, a participação da sociedade na provisão e produção de serviços de saúde. Os principais eixos de análise são: as implicações sociais e políticas da opção pela perspectiva da pobreza ou da desigualdade; os movimentos sociais e os direitos sociais; e a relação Estado/sociedade num contexto de destituição de direitos. A autora faz um retorno de forma sucinta a alguns dos principais traços que vêm marcando a experiência da participação social nos conselhos de saúde apontados pelas numerosas análises a respeito dos mesmos, sem, no entanto, fazer um balanço desses estudos quanto aos marcos teóricos e metodológicos presentes no ensaio.

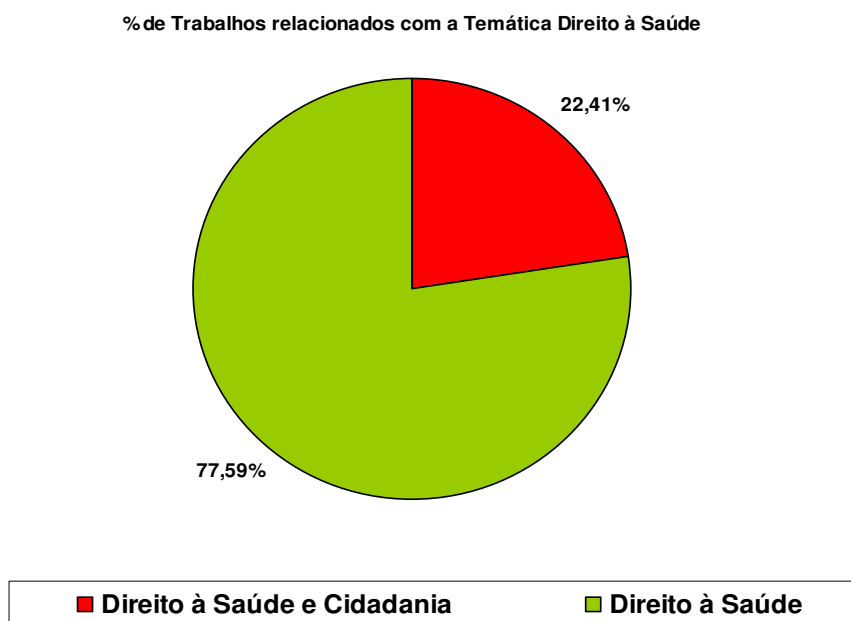
É interessante registrar que estes 13 estudos apresentados foram realizados por um total de 23 pesquisadores e que estão mais concentradas em publicações referentes aos anos 1990 e 1993. No cômputo geral dois deles fazem a relação direito, cidadania e a saúde mental e a tratamento de doentes mentais, são os desenvolvidos por Dallari (1987) e Gifonni (1990) Freire;(1990) Moura Neto;(1990) Kinoshita(1990); Lancetti(1990) e mais uma vez Dallari (1990). Podemos dizer que cinco deles de alguma forma trabalham com movimentos sociais, participação social e popular, lideranças comunitárias,

ancoradas como um espaço ou forma que relacionam direito, saúde e cidadania, são os trabalhos realizados por Mattos (1989), Valla, Carvalho e Assis (1993); Andrade (1993) Correa (1995) e finalmente Kantorski, Assis e Tavares (1995). As pesquisas de cunho mais teórico enfatizam a concessão do direito, seus descaminhos e a relação Estado e sociedade na configuração desse direito à saúde, são os estudos de Santana (1993), Komis e Rodrigues (1999) e Cohn (2003). Somente um estudo dos pesquisados faz a relação educação saúde e cidadania, é o de Oliveira e Silva (1990). (Ver Figuras 2 e 3).

Os estudos de Andrade (1993) e Bosi e Affonso (1998) são os que mais se aproximam do tema objeto dessa investigação. Andrade procura conhecer a percepção no caso, da população integrante de um movimento social, sobre o seu direito à saúde como um direito de cidadania, e Bosi e Affonso procuraram estabelecer a partir da percepção do usuário um elo entre o que diz a Lei e o que realmente ocorre na prática cotidiana dos usuários que freqüentam a unidade de saúde estudada, e ainda ressalta o papel estratégico das relações estabelecidas no cotidiano dos serviços para o processo de mudança social e construção dos direitos, em especial, o direito à saúde.

Constatamos que os objetivos dos últimos trabalhos apresentados são semelhantes aos propostos nesta dissertação, entretanto, conhecer a percepção de um usuário ou usuária que se encontra utilizando um serviço de saúde em regime de internação, acreditamos, pode a diferença com relação aos achados dessa investigação. Podemos considerar que esse usuário ou usuária se encontra numa situação bastante fragilizada, está hospitalizado ou acompanhando pessoas de sua família nessa condição. No caso de internado (a), ele (a) passa por alterações significativas na sua rotina diária, pois por um determinado tempo deixará de fazer o que normalmente fazia, para seguir diversas normas e rotinas ditadas pela instituição, entrará em um mundo sofrido, onde seu grau de dependência é significativo, e no caso do acompanhante, sua fragilidade se apresenta na angústia do ente querido que sofre. É importante registrar que não foi encontrado nenhum estudo publicado nas revistas pesquisadas realizado no Estado do Ceará e muito menos na região nordeste. Embora o sistema de saúde seja único em todo o país, o atendimento pode guardar suas especificidades dependendo da cidade ou região.

Figura 1 – Trabalhos relacionados com a temática Direito à Saúde



Dos 58 trabalhos encontrados sobre a temática direito à saúde, é interessante registrar que somente 13 estudos (22,41%) relacionam direito à saúde e cidadania e estes se encontram mais concentrados nos anos de 1990 e 1993.

Figura 2 – Estudos relacionados com o Direito à Saúde e Cidadania

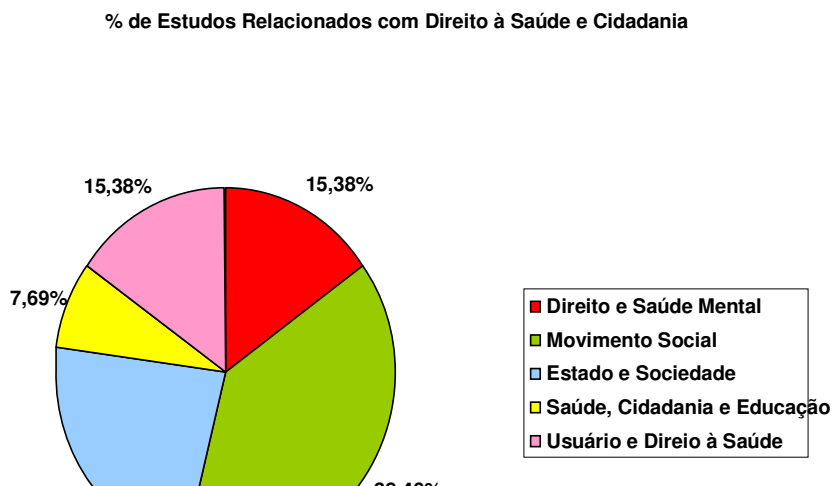
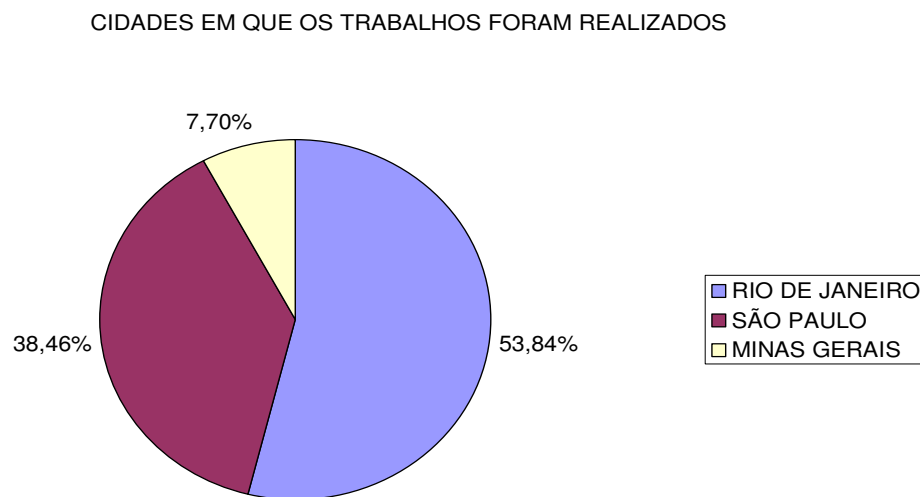


Figura 3 – Cidades onde os trabalhos foram realizados



3. Referencial teórico

Para que se possa compreender melhor a amplitude do contexto em que se insere o objeto deste estudo se faz necessário a criação de uma estrutura teórica que dê sustentação à análise dos dados a serem coletados. Essa estrutura é montada a partir de uma contextualização sobre o tema, distribuída em cinco capítulos. O primeiro, se inicia com uma discussão que caminha dos direitos humanos ao direito à saúde, onde relacionamos os tipos

de direitos, sua evolução e reconhecimento em decretos, declaração, leis e constituições no cenário internacional e nacional. No segundo capítulo abordamos a cidadania como exercício desse direito, as formas e funções como esta tem se apresentado em contextos culturais diferentes, articulando estas formas e funções ao conceito e processo de cidadania em uma sociedade democrática. No terceiro capítulo fazemos um breve histórico sobre as políticas de saúde pública no Brasil, numa tentativa de situarmos o direito e o exercício de cidadania nesse cenário histórico e de informar sobre os avanços obtidos em termos de política e os direitos à saúde conquistada e posta na Legislação Brasileira, que é o tema trabalhado no quarto capítulo. Falamos finalmente no quinto capítulo do direito e elencamos suas bases legais que apóiam o paciente-usuário como consumidor de um serviço público e a importância da informação para a conquista da cidadania, tema que encerra esse quadro teórico.

3.1. Dos direitos humanos ao direito à saúde: um longo caminho de conquistas

*O homem não teria atingido o possível se não tivesse sempre tentado alcançar o impossível.
(Max Weber)*

As ciências sociais têm mostrado que os direitos traduzem com fidelidade o tempo e as inquietações do exato momento histórico de um povo. São, portanto, resultado de um dado momento da evolução da mentalidade dos seres humanos, podendo, até, por vezes, parecerem eventualmente absurdos, excessivamente dogmáticos, rígidos ou lúcidos e liberais, mas, em seu permanente movimento, será sempre a tradução mais autêntica de um povo. Sabemos que desde que sentiram a necessidade da existência do direito, os homens começaram a converter em leis as necessidades sociais, deixando para trás a era da prevalência da força física e da esperteza com as quais se defenderam desde as cavernas, é o que nos conta a história.

A história nos conta também, que até a produção dos primeiros códigos, os governantes exerciam seu poder despoticamente, sem qualquer limitação, variando as suas decisões de acordo com sua vontade e humor do

momento. Assim, os súditos não contavam com qualquer referência comportamental que lhes garantisse os direitos mais fundamentais.

Bussinger (1997) afirma que no mundo antigo se encontram as origens dos direitos fundamentais da pessoa humana, mas que, no entanto, o maior movimento de idéias para a sua afirmação se vincula, preponderantemente, no Estado moderno. A passagem do Feudalismo para o Estado moderno, caracteriza-se pelo rompimento com a idéia de que a lei humana e os poderes políticos estavam subordinados ao direito divino; pela necessidade da obtenção da liberdade religiosa, ou seja, pelo desatrelamento da Igreja do Estado, tornando o Estado autônomo em relação à Igreja.

Para Dorneles (1989, p. 5) "o conceito de direitos humanos é variável de acordo com a concepção político-ideológico que se tenha". Ainda na compreensão do autor há uma grande quantidade de vocábulos para tratar do mesmo assunto como: direitos humanos, direitos do homem, direitos naturais, direitos fundamentais, valores superiores, garantias individuais, direitos concretos, liberdades públicas. Na verdade, podemos afirmar que se trata de direitos inerentes à vida, à segurança individual assim como aos bens que preservam a humanidade (Dorneles 1989, p.9). Não se trata, porém de matéria unânime a escolha de quais sejam os direitos fundamentais, pois cada indivíduo elege aqueles que melhor se adequam à sua realidade, de acordo com o momento histórico vivido pela sociedade em análise. Assim, Dorneles (1989), em seu livro intitulado "*O que são direitos humanos*", prevê que os direitos humanos podem ser entendidos de formas diferentes: tanto provenientes da vontade divina; como de direitos que já nascem com os indivíduos; e direitos que são produto da luta de classes.

A evolução dos tempos contribuiu para o reconhecimento dos direitos humanos a nível internacional. Durante a história da humanidade poucos podiam ser considerados sujeitos de direito. Mas, é nos primórdios da civilização humana que se encontram as origens mais remotas da fundamentação filosófica dos direitos fundamentais do ser humano, talvez como resultado da constante preocupação dos povos da Antigüidade com a criação de princípios de proteção de valores humanos, muitas vezes inspirados pelos próprios textos religiosos.

A fundamentação filosófica dos direitos da pessoa humana está baseada em três grandes concepções, ou seja, a concepção idealista, onde os direitos das pessoas independem do reconhecimento estatal; a concepção positiva; o direito para ser válido deve estar escrito na lei; e a concepção crítico-materialista; inspirada nas obras do alemão Karl Marx⁸.

Dorneles (1989) ainda refere que o iluminismo expressava uma confiança sem limites na razão e, a partir dela, na libertação do conhecimento humano das amarras, sobretudo da tradição ou da história. É dessa concepção que vem a idéia de que os direitos humanos são inerentes ao homem ou nascem pela força da natureza humana. Assim, para o autor, os homens já nascem livres, iguais, dignos. Os direitos dos seres humanos à vida, à segurança e à liberdade existiam independentemente do seu reconhecimento pelo Estado. Para ele os direitos podem então, serem considerados um ideal.

A idéia dos Direitos Humanos, no entanto, é relativamente nova na história mundial. O primeiro grande exemplo foi a Revolução Gloriosa, ocorrida na Inglaterra, em 1688, momento culminante das longas escaramuças entre o parlamento e a coroa, em que o poder da coroa foi sendo minado no sentido de maior democratização do poder político. Essa revolução resultou na Declaração dos Direitos, o *Bill of Rights*⁹ redigido por George Mason, que proclamava, entre outros direitos, o direito à vida, à liberdade e à propriedade. Logo em seguida, em 4 de julho de 1776, foi proclamada a Declaração de Independência dos Estados Unidos, que considerou certos direitos inalienáveis

⁸ A dialética marxista postula que as leis do pensamento correspondem às leis da realidade. A dialética não é só pensamento: é pensamento e realidade a um só tempo. Mas, a matéria e seu conteúdo histórico ditam a dialética do marxismo: a realidade é contraditória com o pensamento dialético. A contradição dialética não é apenas contradição externa, mas *unidade das contradições, identidade*: "a dialética é ciência que mostra como as contradições podem ser concretamente (isto é, *vir-a-ser*) idênticas, como passam uma na outra, mostrando também porque a razão não deve tomar essas contradições como coisas mortas, petrificadas, mas como coisas vivas, móveis, lutando uma contra a outra em e através de sua luta." (Henri Lefebvre, *Lógica formal/ Lógica dialética*, trad. Carlos N. Coutinho, 1979, p. 192).

⁹ Documento mais importante que decorreu da Revolução Inglesa de 1687/88, pela qual se firmara a supremacia do parlamento, impondo a abdicação do rei Jaime II e designando novos monarcas, Guilherme III e Maria II, cujos poderes reais passaram a ter determinados limites com a declaração de direitos a eles submetida e por eles aceita, surgindo daí, para a Inglaterra, a monarquia constitucional, submetida à soberania popular. A *Bill of Rights* votada pelo parlamento britânico, passou a ser tratada como uma das leis mais importantes do país e da história pois representa o fim da monarquia absolutista, na qual todo poder emana do rei e em seu nome é exercido.

e destacou expressamente os direitos relativos à vida, à liberdade e à busca de felicidade. A Revolução Americana, de 1776, e a Declaração de Independência dos Estados Unidos da América foram inspiradas nas idéias de Locke, Rousseau e Montesquieu, além de Jefferson e Adams, e se constituíram nas primeiras declarações de direitos humanos. Elas propunham o reconhecimento, entre outras coisas: da igualdade dos cidadãos perante a lei; da necessidade de separação entre os poderes executivo, legislativo e judiciário; do direito de votar e ser votado; do direito de se organizar e fazer oposição à política dominante nos governos, e da liberdade de expressão e de imprensa. Tais princípios, ou direitos, foram posteriormente reconhecidos através da Carta de Direitos (Bill of Rights) e constituíram as primeiras dez emendas à Constituição Norte Americana de 1787 (Kinder e Hilgemann, 1995, p.13-15); (Silva,1998, p. 157-159).

A Revolução Francesa, a mais importante das revoluções burguesas, resultou na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, em agosto de 1789. Uma característica importante da declaração francesa é sua vocação universalista. Ao contrário das declarações anteriores, voltadas para os cidadãos dos respectivos países, a declaração francesa se reporta aos homens em geral referindo que: “os homens nascem e permanecem livres e iguais em direitos” é o que diz o artigo primeiro da Declaração. A partir dessa Declaração, todas as declarações que a seguem pretenderam ser universais.

Assim, a Declaração dos Direitos do Bom Povo da Virgínia, que foi a primeira declaração de direitos fundamentais de cidadania no sentido moderno e resultou na Revolução Americana e a Declaração Francesa de 1789 expuseram ao mundo um sentido inovador e profundamente revolucionário sobre a condição humana. Esses direitos passaram a ser inscritos nas cartas políticas das nações ocidentais. A trajetória da humanidade demonstra, no entanto, que só o fato da existência do direito não basta aos povos, existe a necessidade de uma exigência de que esses direitos e deveres sejam aperfeiçoados. O que se encontra escrito em seus Códigos de conduta por si só não é o suficiente, o indivíduo precisa se inserir na comunidade, e proceder à exigência desses direitos. É essa atitude de exigência dos direitos e deveres que levam o cumprimento da Lei e ao surgimento de outros direitos na medida em que o homem se insere na comunidade, e se qualifica como cidadão.

Assim, os direitos humanos que foram consagrados nessas primeiras declarações, foram chamados de direitos de primeira geração, que configura um conjunto de direitos individuais universalizados pela doutrina liberal que limita a intervenção do Estado.

O sociólogo inglês T.H.Marshall em 1950 classificou as ações pela garantia de direitos em três fases: a primeira, no século XVIII, foi a conquista dos Direitos Civis; a segunda, no século, XIX, onde se garantiu os Direitos Políticos; e a terceira, no século XX onde surge, a garantia dos Direitos Sociais e Econômicos. Para Marshall (1967) cada fase corresponde a um momento do processo de organização da economia capitalista, conforme o quadro 1 a seguir mostra de forma mais detalhada.

Quadro 1. CIDADANIA, GERAÇÃO DOS DIREITOS SEGUNDO MARSHALL -1950

Século	Tipo de Direito	O que são	Instituições que os efetivam	Etapas do Capitalismo
XVIII	Direitos Civis: Liberdade de ir e vir; liberdade de imprensa; liberdade de pensamento e fé; à propriedade; De concluir contratos válidos; e direito à justiça.	Direitos necessários à liberdade individual	Tribunais de Justiça	Capitalismo mercantilista

XIX	Direitos Políticos e econômicos: de votar e ser votado; de reunião e associação.	Direito de participar no exercício do poder	Parlamentos, partidos políticos, associações classistas e governo local.	Capitalismo de livre mercado ou concorrencial
XX	Direitos Sociais: educação, saúde, seguridade social, lazer, bem estar econômicos.	Direitos que garantem um mínimo necessário à manutenção física do indivíduo e à participação na renda social	Instituições públicas e as políticas públicas: escolas, posto de saúde, programas sociais, leis e instituições.	Capitalismo Monopolista

Os direitos individuais de acordo com Marshall (1967) são aqueles que exigem uma conduta negativa do Estado, isto é, exigem que o Estado respeite a individualidade de cada cidadão, que o Estado não interfira na vida do cidadão. Na visão de Marshall (1967) são considerados direitos individuais, os direitos à vida, à liberdade de expressão, liberdade de consciência, liberdade de locomoção e propriedade privada. Assim, ao longo do século XIX, o Liberalismo vem se confrontar com a tradição socialista e com a generalização de expectativas por igualdade social desencadeada por um novo processo de repercussões histórico-universais caracterizada pela entrada em cena da classe operária surgida com o desenvolvimento econômico-capitalista. Daí nasce então a segunda geração dos direitos humanos, também conhecidos como Direitos de Crédito do indivíduo em relação à coletividade. Nasce o Direito Social, como o direito a saúde, trabalho, lazer, educação, transporte e habitação.

Em todo o mundo, as principais responsáveis pelo surgimento dos direitos sociais foram as classes trabalhadoras do final do século XIX e início do século XX. Elas lutaram por melhores condições de trabalho; maiores garantias trabalhistas para se precaverem contra a despedida arbitrária e acidentes de trabalho, e para que fosse oferecida maior segurança econômica e justiça social pelos serviços públicos e pelas leis, por meio de exigência de proteção contra a miséria, enfermidade e incapacidade de trabalho devido à idade (Loewenstein, 1970).

Os direitos de segunda geração só foram incorporados nos textos constitucionais do século XX, principalmente como resultado do impacto da Revolução Mexicana de 1911, da Revolução Russa de 1917, da Constituição da República de Weimar de 1919 e do Tratado de Versalhes. A Revolução Mexicana de 1911, que resultou numa declaração de direitos, a primeira que surgiu com relação aos direitos sociais e que os equipara aos direitos individuais e se refere aos direitos ao trabalho e à previdência social e que consta até hoje na Constituição Mexicana (Silva, 1998, p. 164). A Revolução Russa de 1917 também chamada Revolução Socialista de Outubro e que gerou a Declaração dos Direitos do Povo Trabalhador e Explorado¹⁰. A missão essencial proclamada pela Declaração era “abolir toda a exploração do homem pelo homem, a completa supressão da divisão da sociedade em classes, a repressão implacável da resistência de todos os exploradores, a organização socialista da sociedade e a vitória do socialismo em todos os países” (art.II). Essa declaração passou a fazer parte da Constituição da antiga URSS, aprovada pelo V Congresso dos Soviéticos de toda a Rússia, em 10 de julho de 1918 (Lênin, 1948, Tomo II p. 327-329); (Silva, 1998, p. 165-167). Da Constituição da República de Weimar, na Alemanha de 1919, e do Tratado de Versalhes que propiciou então a Organização do Trabalho, em 1919.

É fundamental enfatizar aqui que o processo de luta política da sociedade é também basicamente o de conquista de direitos de cidadania. Não é por acaso que todas as revoluções significativas da história recente, tanto de caráter burguês como antiburguês, culminaram na proclamação de cartas ou declarações de direitos de cidadania. Até a própria Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, teve sua origem num contexto histórico muito específico e significativo. Seu surgimento no imediato pós-guerra refletia, pelo menos em parte, o acirramento da disputa ideológica entre o capitalismo e o socialismo, que assumiu o primeiro plano dos conflitos internacionais logo após a derrota do nazismo. Sabe-se, no entanto, que o mais importante para a materialização dos direitos sociais é sua proteção ou tutela, ou seja, os instrumentos jurídicos que assegurem que as proposições contidas na legislação se tornem obrigações de fato para as autoridades públicas e

¹⁰ Aprovada em 11 de janeiro de 1918, pelo III Congresso dos Soviéticos de toda a Rússia, com base no projeto preparado por Lênin.

instrumentos de defesa aos quais a sociedade possa apelar perante a justiça. Como complementa sobre o tema, Bobbio: “o problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los. Trata-se de um problema não filosófico, mas político” (Bobbio, 1991, p. 24).

Com o passar dos anos e as modificações ocorridas na sociedade outros dois direitos surgiram os chamados direitos de terceira geração¹¹ e já existem atualmente especialistas do direito que hoje acreditam que já estão surgindo os direitos de quarta geração¹²

No Brasil, os direitos individuais foram introduzidos no texto constitucional brasileiro a partir de 1891. A nossa Constituição de 1891 mostrava-se totalmente moldada na ideologia da época, expressando princípios puramente liberais. A Constituição de 1934, após a subida de Getúlio Vargas ao poder, foi inspirada na Constituição Social Democrata da República de Weimar, na Alemanha, abandonando-se, portanto, o liberalismo puro do século XIX. Já a Constituição de 1937, que marca o início da ditadura do Estado Novo Getulista, foi nitidamente autoritária, onde foram restringidos os direitos individuais e sociais previamente garantidos, se chegando, até mesmo, a prever a pena de morte, no Art. 122, item 13, (alíneas a, b, c, d, f). Apesar da disposição legal, não houve nenhuma execução (Magalhães, 2005).

Na análise de Magalhães (2005) a Constituição de 1946 combina os princípios liberais do texto de 1891 com a social democracia do texto de 1934. A Constituição de 1988 revela-se para o autor notoriamente moderna e com grande preocupação social, marcando a redemocratização do país e se opondo a qualquer forma de autoritarismo. Privilegia os Direitos Humanos, totalmente desrespeitados no período da ditadura militar, já citado acima, quando no Art.150 parágrafos 11 do Ato Institucional nº 14, chegou-se a legalizar a pena de morte em variadas circunstâncias, como em caso de guerra revolucionária ou subversiva.

¹¹ Os direitos de terceira geração têm como titular não o indivíduo, mas grupos humanos como a família, o país, a nação, a coletividade e a própria humanidade. A autodeterminação dos povos, o direito ao desenvolvimento, o direito à paz, ao meio ambiente, entre outros.

¹² Hoje, esses direitos estão sendo oferecidos ao debate público pela evolução da ciência e pela mais nova revolução tecnológica e vêm suscitando controvérsias fecundas. Nesse contexto já estaríamos originando os direitos de quarta geração.

O direito à saúde, tema central do presente estudo, se consubstancia como um direito de segunda geração, posto que, se externa como um verdadeiro direito à prestação, ou seja, um direito social prestacional, uma vez que estes necessitam de uma atuação positiva por parte do ente estatal. Em nossa Constituição Federal de 05 de outubro de 1988, os direitos de segunda geração, estão expressos a partir do Art. 6, onde a saúde é reconhecida como um direito social.

As limitações ao exercício dos Direitos Individuais em benefício de uma coletividade foi o único caminho encontrado para o alcance de maior equidade social. Como ressalta Bobbio (1992 p.3) “as sociedades que temos hoje diante de nós, são mais livres na medida em que menos justas e mais justas na medida em que menos livres”. É ainda Bobbio que refere que “no estado despótico, o indivíduo só tem deveres, e não direitos. No Estado absoluto, os indivíduos possuem, em relação ao soberano, direitos privados. No Estado de Direito, o indivíduo tem não só direitos privados, mas também direitos públicos. O Estado de Direito é o Estado de cidadãos”.

Um outro marco mundialmente importante na luta pela conquista dos direitos fundamentais do homem, da dignidade, igualdade de direitos do homem e da mulher foi a já citada anteriormente Declaração dos Direitos Humanos aprovada em 10 de dezembro de 1948 pela Assembléia Geral das Nações Unidas (ONU), estando o Brasil entre os países signatários. Para Bobbio (1997), a Declaração Universal dos Direitos Humanos, por ter sido aprovada por 48 Estados, representa toda a humanidade partilhando valores comuns: crença na universalidade dos valores, ou seja, no sentido de que o universal é algo subjetivamente acolhido pelo universo dos homens.

A Declaração Universal, entretanto, para Santos (1996), traz a marca ocidental por ter sido elaborada sem a participação da maioria dos povos do mundo; pelo reconhecimento exclusivo dos direitos individuais, com a única exceção do direito coletivo à autodeterminação que teria sido restringido aos povos subjugados pelo colonialismo europeu; pela prioridade concedida aos direitos civis e políticos sobre os direitos econômicos, sociais e culturais e, pelo reconhecimento do direito de propriedade como o primeiro e durante muitos anos, o único direito econômico.

Vale ressaltar que no Brasil a luta pelos direitos humanos adquiriu relevância diante da resistência à ditadura militar. Foram os movimentos formados a partir dos anos 70, desde a luta contra a tortura e as prisões arbitrárias até a luta pela anistia, que tornaram a própria expressão “direitos humanos”, conhecida pelo grande público. A partir da “Transição Democrática” iniciou-se uma nova fase das demandas por direitos humanos no Brasil adquirindo um relevo maior às exigências sociais. A luta pela conquista do direito encontra ancoragem nas análises de Arendt (1997) que entende que os homens não nascem iguais, tornam-se iguais como membros de uma coletividade em virtude de uma decisão conjunta que garantem a todos direitos iguais. Para a autora, a igualdade não é um dado, é um construído, elaborado convencionalmente pela ação dos homens, enquanto cidadãos, na comunidade política.

Em Viena, na Conferência Mundial de Direitos Humanos realizada em 1993, o Brasil se fez representar, presidindo o comitê de redação, e se comprometendo a elaborar e implementar o Programa Nacional de Direitos Humanos no Brasil. O Programa foi criado e implementado, mas mesmo com a adoção do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), em 1996, em Brasília pelo então presidente da República a época Fernando Henrique Cardoso, se observa um cenário que indica um número maior de desempregados, de emigrantes do Norte a Sul do País em busca de empregos e de melhores condições de vida, fato que se perpetua até os dias atuais.

Diante de tantos avanços na consagração dos direitos humanos, a realidade ainda evidencia que o caminho ainda tem muitas trilhas a serem percorridas. E como nos refere Arendt (1997), em dias mais obscuros temos o direito de esperar alguma luz. Essa luz só encontra concretude no exercício do direito que se configura ao mesmo tempo com o exercício da cidadania, é do que trata o capítulo seguinte.

3.2. Cidadania: o exercício do direito

“Só a participação cidadã é capaz de mudar um país”

Herbert de Souza, o Betinho.

A cidadania tem assumido historicamente várias formas em função dos diferentes contextos culturais. O conceito de cidadania, enquanto direito a ter direitos, tem se prestado a diversas interpretações. Entre elas se tornou clássica a concepção de Marshall (1967) que, analisando o caso inglês e sem pretensão de universalidade, generalizou a noção de cidadania e de seus elementos constitutivos. A cidadania, de acordo com Marshall (1967), seria composta dos direitos civis e políticos direitos de primeira geração e dos direitos sociais direitos ditos de segunda geração e dos direitos de terceira geração, que têm como titular não o indivíduo, mas a comunidade, a nação, o povo, e dos direitos relativos à bioética considerados direitos de quarta geração, que estão voltados para impedir a destruição da vida e regular a criação de novas formas também de vida em laboratório pela engenharia genética. Nesse sentido entendemos que, no que se refere à relação entre direitos de cidadania e o Estado, existiria uma tensão interna entre os próprios direitos que compõem o conceito de cidadania. Enquanto os direitos de primeira geração exigiriam para sua plena realização, um Estado mínimo, os direitos de segunda geração demandariam uma presença mais forte do Estado para serem realizados.

Assim, a atual tese de Estado mínimo-patrocinada pelo neoliberalismo, que parece haver predominado sobre a social democracia nesta década, corresponde não a uma discussão meramente quantitativa, mas a estratégia diferenciada dos diversos direitos que compõem o conceito de cidadania e dos atores sociais respectivos (Marshall, 1967), posição também defendida por Dallari (2004, p.22) quando diz que “a cidadania expressa um conjunto de direitos que dá a pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo de seu povo” e ainda Libânio (2004, p.53) que diz “a cidadania não é dom natural, muito menos concessão do Estado. É conquista construção, exercício cotidiano, papel social”.

No caso da Inglaterra, estudado por Marshall (1967) os direitos civis, expressão de um novo fundamento da relação Estado/sociedade, foram edificados sob o paradoxo “igualdade de cidadania e desigualdade de classes”. Seu exercício trouxe mais um elemento: o direito de associação/organização que rompia na essência com o vínculo individualista, ou seja, viabilizou a formação de atores coletivos. A ampliação dos direitos civis, da representação

individual à coletiva, o reconhecimento do direito de sindicalização, teve por fim a consagração dos direitos políticos que mais tarde viriam a se constituir em importante instrumento de luta dos grupos organizados para a conquista de novos direitos. Ainda segundo Marshall (1967), a proteção social baseada nos princípios de cidadania tem como pressuposto a redefinição das relações sociais em direção à redistribuição, à equidade e à justiça social. Nessa compreensão a cidadania plena, é um fenômeno típico do século XX, resultante de um processo histórico. Entretanto, pode-se constatar que não foi a República Moderna que inventou o conceito de cidadania, e que esse, na verdade, se origina na República Antiga. Ser cidadão é, portanto, ser membro, de pleno direito, da cidade, onde seus direitos civis são plenamente direitos individuais. Mas ser cidadão é também ter acesso à decisão política, ser um possível governante, um homem político. São esses dois elementos, a igualdade dos cidadãos e o acesso ao poder, que fundam a cidadania antiga e a diferenciam da cidadania moderna (HAJ – El – Abu, 2002).

Caminhando nessa compreensão, Gadotti (1995) afirma que pode ser considerado cidadão todo o indivíduo que participar do governo, e só pode participar do governo quem tiver poder, liberdade e autonomia para exercê-lo. Vieira (2001), por sua vez, faz uma relação entre cidadania e direito, e discute algumas visões de cidadania ao longo do tempo, relacionando-a com o papel do Estado e abordando o conceito a partir de três diferentes gerações de direito: direitos civis e políticos, direitos sociais e de crédito e direitos de terceira geração, que não tem como titular o indivíduo, mas grupos humanos, a nação, o povo.

Pinsky (2003, p. 09) enriquece a nossa discussão quando nos fornece uma definição mais ampla de cidadão: ser cidadão para ele é ter direito à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei: é, em resumo, ter direitos civis. É também participar no destino da sociedade, votar, ser votado, ter direitos políticos. Ainda para Pinsky (2003) os direitos políticos não asseguram a democracia sem os direitos sociais, aqueles que garantem a participação do indivíduo na riqueza coletiva: o direito à saúde, a uma velhice

tranquila e finalmente considera que exercer a cidadania plena é ter direitos civis, políticos e sociais.

Cidadão, como conceito moderno, é o “o indivíduo no gozo dos direitos civis e políticos de um Estado ou no desempenho de seus direitos para com este” (Ferreira 2001, p. 153). Nesse sentido Demo (1992, p.30) complementa ao afirmar que cidadania, portanto “é um processo de conquista popular através do qual o indivíduo adquire progressivamente, condições de se tornar sujeito histórico, consciente e organizado, com capacidade de conceber e efetivar projeto próprio”.

Nesse sentido para exercer sua cidadania, o homem deve ter assegurado direitos que possam ser reconhecidos e respeitados por todos. E para que isso ocorra, de acordo com Barros (1998, p.31), o reconhecimento do brasileiro como cidadão não deve depender só da lei, mas também da ética e, principalmente, de uma transformação de visão de mundo e comportamento. A partir dessa afirmação, entendemos que a cidadania não é um processo simples, mas uma aprendizagem que para alguns demora anos, principalmente no Brasil, onde vivemos vários anos sob regimes autoritários. Ainda para Barros (1998), a construção da cidadania inclui a luta pela democratização dos processos decisórios e o exercício do controle sobre a ação estatal e essa aprendizagem para nós está em reconhecer a condição fundamental da cidadania que segundo Demo (1992) significa reconhecer criticamente que a emancipação depende fundamentalmente do interessado, no que concordamos. Portanto, não devemos esperar que a emancipação venha dos outros, mas deve ser um reconhecimento de cada um, isto é, cada cidadão deve ter conhecimento dos seus direitos e principalmente, de seus deveres, para exigir o seu cumprimento. Sob estes argumentos, vários estudiosos do direito e do que seja ser cidadão ou cidadania se debruçam e nos oferecem com riqueza de detalhes muito “fogo e munição” sobre esta questão.

A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta e na definição de instituições permanentes para a expressão política, significando necessariamente conquista e consolidação social e política. A cidadania passiva, outorgada pelo Estado, se diferencia da cidadania ativa, na qual o cidadão, portador de direitos e deveres, é essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação

política (Chauí, 1984). Para a autora uma sociedade democrática não pára de trabalhar suas divisões e diferenças internas, e está sempre aberta à ampliação dos direitos existentes e à criação de novos direitos. Para ela a verdadeira cidadania é aquela construída a partir do povo, desvinculados do Estado. Estado este que coloca em questão as concepções de cidadania, apregoadas durante décadas, onde igualdade, liberdade e fraternidade deveriam ser princípios básicos. Ainda segundo a autora os indivíduos querem uma liberdade que não seja condicionada a valores dominantes, um outro tipo de igualdade, a de oportunidades de condições e, uma fraternidade honesta e não mascarado.

A partir desse raciocínio a cidadania pode ser entendida como as práticas que envolvem a equidade de direitos e deveres do ser humano em seu meio social, e a definição de equidade na saúde devem pressupor não só o sentido restrito da quantidade de recursos materiais e humanos (leitos, consultórios, médicos, enfermeiros, etc), mas também qualidade dos serviços de saúde oferecidos. Nesse sentido o processo da cidadania como não é algo pronto e acabado, não se confirma mais uma vez. Ela surgiu nos primórdios da humanidade e tem se efetivado com a aquisição de conhecimentos e conquistas dos direitos humanos. Ser cidadão significa ser nascido ou naturalizado em um Estado e estar sujeito a direitos e deveres desse mesmo Estado. Cidadão é, pois àquele que está capacitado a participar da vida em sociedade.

Direitos humanos, direitos individuais, direitos sociais, direitos de primeira, segunda, de terceira e quarta geração, são articulações e inclusões que envolvem posicionamentos com paradigmas distintos, mas complementares.

A filosofia individualista do liberalismo fundamentou o seu pensamento político nos direitos de primeira geração. Inspirou-se, entre outras, nas concepções de Locke, para quem o indivíduo precede o Estado. Nessa filosofia o governo deve limitar-se a garantir os direitos civis e políticos e evitar interferir na atividade econômica, onde cada um, ao perseguir seus interesses individuais, contribuiria para o interesse coletivo, pela ação da “mão invisível”

de Adam Smith¹³, isto é, pelo livre jogo das forças do mercado. O liberalismo, com sua crença mítica no mercado como única solução para o problema da produção e distribuição de riquezas, e com seu desprezo pelos direitos sociais e pelo *Welfare State* (Estado do Bem Estar Social), não resolveu o problema social, econômico e político da desigualdade. No Brasil, as circunstâncias do surgimento e do desenvolvimento do *Welfare State* são diferentes das observadas nos países industrializados. Além de ocorrer sob uma posição diferente na economia mundial, o processo de modernização brasileiro é marcadamente segmentado, com setores industriais modernos convivendo com setores tradicionais e com a economia agroexportadora. O controle do mercado para produtos industriais por meio de políticas de massificação do consumo foi um aspecto secundário para um Estado preocupado com estratégias protecionistas. No Brasil, o *Welfare State*¹⁴ surge a partir de decisões autárquicas e com caráter predominantemente político.

O Estado do Bem Estar Social, entretanto, na visão de Vieira (2001) visa a harmonizar os Direitos Individuais com os Direitos Sociais, impondo restrições a ambos, de forma a conciliá-los, o que não é uma tarefa fácil.

Assim, no Brasil a contradição entre a cidadania proposta pelo Estado, a cidadania que é real e a que vem se efetivando a partir de novos movimentos sociais cotidianos é muito crescente. Temos por um lado um Estado que visa o mercado, a competição e um cidadão-consumidor e por outro, uma sociedade civil que não consegue competir, nem consumir, e ainda,

¹³ Em seu livro “Riqueza das Nações” Adam Smith referia que os mesmos homens que agem segundo sua liberdade e pensam, exclusivamente no próprio lucro, é que finalmente serão, involuntariamente, os motores do desenvolvimento social. “Não é da benevolência do açougueiro, do cervejeiro ou do padeiro que esperamos nosso jantar, mas da consideração que eles têm pelo seu próprio interesse”. Ele relatava que é no inesperado resultado dessa luta competitiva por melhoramento próprio que a “mão invisível” regula a economia.

¹⁴ *Welfare State* é entendido como a mobilização em larga escala do aparelho de Estado em uma sociedade capitalista a fim de executar medidas orientadas diretamente ao bem-estar de sua população. É também um mecanismo de regulação política da sociedade. A partir do momento em que a negociação coletiva dos níveis salariais e das condições de trabalho se generaliza na sociedade, o processo de barganha entre capitalistas e trabalhadores passa a ser tratado como assunto público. Assim, o crescimento da organização política dos trabalhadores faz que o Estado passe a incluir na agenda política nacional os interesses dos trabalhadores organizados.

um pequeno grupo desta sociedade, lutando para ter acesso aos bens de consumo, através da mobilização organizada e do direito à cidadania efetiva.

As contradições implícitas nas arenas política e social representam condição básica para compreender a cidadania como um processo histórico e social, portanto contraditório, onde o homem tem condições de se tornar sujeito histórico, consciente e organizado, com capacidade de conceber e efetivar um projeto individual e coletivo para a sociedade.

Nesse contexto essa “nova” cidadania representa uma possibilidade de buscar “o direito a ter direito” pelos próprios agentes que reivindicam espaço na sociedade, que organizam um projeto de construção democrática que valoriza e reconhece o outro como sujeito, com direito a participar efetivamente da gestão das políticas públicas e das novas relações entre Estado e sociedade, e, sobretudo, com direito à igualdade e também a diferenças. Quando essa busca do direito a ter direito envolve o direito à saúde, essa só se concretiza fundamentada em uma política e em uma “práxis” que permita o exercício desse direito cidadão.

Cabe ressaltar, todavia que não há fronteiras fixas entre os direitos civis, políticos e sociais, nem modelos invariantes de construção da cidadania. Assim como também não é possível estabelecer diferenças nítidas acerca da construção da cidadania. Do mesmo modo não é possível estabelecer diferenças pontuais acerca das representações do direito à saúde e os demais direitos sociais. Entendemos que, é dentro de uma perspectiva histórica de incessantes reformulações que se pode visualizar os dois temas em exploração nesse capítulo da dissertação: a cidadania e a percepção do direito à saúde.

A análise que faz Paoli (1992) vem contribuir com esse entendimento na medida em que refere o fato de que, o cenário brasileiro é atravessado por formas discrepantes de “sociabilidade cotidiana” que constituem um campo conflitivo onde os movimentos para consolidação da generalização da cidadania, no plano jurídico-formal, não têm se tornado valor indicativo de alteração do quadro de desigualdades sociais. E ainda comenta se por um lado, as inovações formalizadas na Constituição de 1988 apontam para um investimento real em mudanças na cultura política brasileira, por outro lado, permanece o fato de que a sociedade está tradicionalmente acostumada a lidar com seus conflitos pela exclusão daqueles que demandam direitos.

A característica do perfil brasileiro de intervenção social encontra suas origens num contexto, quase sempre, autoritário e atrelado ao desenvolvimento de um modelo econômico concentrador de renda; a mentalidade política dominante é pragmática e conciliatória, voltada para a prevenção ou privatização dos conflitos; a estabilidade dos arranjos deve-se, em parte, ao caráter excludente de todo o sistema que efetivamente marginaliza parcela significativa da população. Podemos referir que essa também é uma compreensão de parcelas da população.

Nesse sentido, reforçamos o fato de que o direito ao exercício da cidadania se apresenta em início de construção, principalmente na arena das políticas públicas de saúde, o que é abordado no capítulo que se segue.

3.3 Políticas de saúde pública: direito e exercício da cidadania

“A saúde é um direito de cidadania e um bem público. Todo esforço, individual ou coletivo, para assegurá-la pode ser considerado um exercício de cidadania”.

Do livro Acolhimento o pensar, o fazer, o viver (UNESCO).

A saúde como premissa básica no exercício da cidadania do ser humano se constitui de extrema relevância para a sociedade, pois a saúde diz respeito a qualidade de vida, escopo de todo cidadão, no exercício de seus direitos.

De acordo com Escorel (1995) a saúde é o bem maior, possui um valor universal constitutivo da humanidade, e é um componente fundamental para a cidadania. A fim de se manter saudável, o homem, através dos tempos, busca fórmulas, desenvolve pesquisas, tentando com isso, a cura das doenças, a harmonia e a preservação do corpo e da mente. Nessa lógica de pensamento Berlinguer (1996) afirma que a exigência de alcançar um nível maior de saúde é uma íntima e antiga aspiração humana, mas que só foi alcançada por muitos na segunda metade do século XX. Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1946) preconiza que saúde é o completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou outro agravo. É necessário, entretanto, recordar aqui que esse conceito de saúde da OMS já foi superado desde 1986, época em que foi realizada a 8ª. Conferência Nacional

de Saúde, quando foi formulado um conceito mais amplo, estendendo a saúde não só para a área social, como também econômica e política.

No Brasil a luta pela saúde é antiga e só ganhou espaço maior depois de muitas mobilizações populares e todo um processo de conscientização de cidadania. Mas, para que se entenda melhor todo esse caminho marcado por lutas, é necessário voltar um pouco a história das políticas de saúde no Brasil e a conquista do direito à saúde, que passou por diversas fases e cenários.

Desde o final do século XIX, até o final dos anos de 1960, o Estado brasileiro não tinha uma forma de atuação sistemática sobre a saúde de seus habitantes; e o sistema de saúde brasileiro se preocupava, fundamentalmente, com o combate em massa de doenças, realizado através das campanhas de saúde pública. Nesse período inicial a assistência à saúde era puramente assistencialista e voltada para a medicina curativa. Constata-se que até o final do segundo império não se conheceu nenhum programa prático de saúde coletiva. A economia brasileira na virada do século XIX para o século XX era essencialmente agrícola e as divisas necessárias para o crescimento do país vinham principalmente da exportação de produtos agrícolas, em especial, a cultura cafeeira e a açucareira.

Com a chegada da República, e, por razões comerciais, são registradas na primeira década do século XX, mais especificamente em 1902, algumas medidas governamentais a nível federal, que foram tomadas pelo então presidente Rodrigues Alves. Estas medidas objetivaram o saneamento dos portos do Rio de Janeiro, Santos e Recife. Conta-se que tais medidas saneadoras foram tomadas porque armadores ingleses ameaçavam boicotar a nossa navegação de cabotagem, pois eram obrigados a deixar a tripulação dos navios em regime de quarentena em portos ingleses, em decorrência das doenças sexualmente transmissíveis, contraídas nos portos brasileiros. Portanto, as primeiras iniciativas do governo federal na saúde se deram somente por razões puramente mercantis. As regiões que não tinham importância estratégica para a economia do país e ficavam resignadas à própria sorte em termos de práticas de saúde. E mais precisamente no ano de 1904, que Osvaldo Cruz e seus mata-mosquitos marcaram o ingresso das medidas sanitárias no País (Campos, 1993).

Pode-se considerar que o primeiro marco da atuação do governo federal na saúde se deu somente em 1923 com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, época em que foram então definidas as áreas de atuação do governo na saúde, e visavam somente o saneamento urbano e rural, a propaganda sanitária, as higiênes infantil, industrial e profissional, as atividades de supervisão e fiscalização, a saúde dos portos e o combate às endemias. Estas foram as ações que se deram no campo da saúde coletiva. No campo individual continuou inexistindo práticas de assistência à saúde. Quem precisava de cuidados médicos e podia pagar, financiava sua própria saúde e quem não podia pagar por ela ficava dependente da caridade ou eram assistidos pelas Santas Casas de Misericórdia já existentes nessa época (Campos, 1992).

Em 1923, com a Lei Eloi Chaves, foi criado o primeiro embrião do que hoje conhecemos como Previdência Social, as Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPS. As CAPS eram organizadas por empresas e mantidas e geridas pelos patrões e empregados. A criação das CAPS obedeceu à mesma lógica, vigente à época, privilegiando as empresas que eram estratégicas para a economia nacional, e que foram as primeiras a fundarem suas próprias Caixas. Assim as primeiras Caixas criadas foram as dos trabalhadores das companhias da via férrea e portuária. As Caixas funcionavam como uma espécie de seguro social (tinha direito àquele que pagava contribuição) e garantiam certos benefícios como a aposentadoria e, principalmente, a assistência médica. Como tinham caráter privado, ou seja, eram mantidas por empresas, ainda não se configuravam como iniciativas do Estado, muito embora os presidentes das Caixas fossem nomeados pelo presidente da República e houvesse um interesse claro do governo na manutenção deste sistema (COHN, 2001).

No ano de 1930, já existiam 47 CAPS cobrindo mais de 140 mil associados. Nesse ano então as Caixas são transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPS, onde a participação do Estado já se dá de forma mais concreta. O Estado descobriu que era um “bom negócio” e entrou na contribuição também para a manutenção das CAPS, passando assim a contribuição a ser tripartite: patrão, empregado e Estado. Os IAPS passam a se organizar por categorias e o primeiro a surgir em 1933, foi o dos marítimos

(IAPM), em 1934 surgem o dos comerciários e o dos bancários (IAPC e IAPB, respectivamente). Enquanto as CAPS privilegiavam a assistência médica com um dos principais benefícios, os IAPs, já com a participação do governo e, portanto, com uma política mais contencionista, privilegiavam a previdência social, mantendo a assistência médica em segundo plano (Bleicher, 2003).

Em 1937 houve a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela, considerado por muitos autores da área da saúde como o primeiro serviço de saúde pública de dimensão nacional e, em 1939 o Serviço de Malária do Nordeste, ambos em convênio com a Fundação Rockefeller. Em 1940 é criado o Serviço de Malária da Baixada Fluminense (Fleury, 1998).

No ano de 1941, o Departamento Nacional de Saúde, incorporou vários serviços de combate às endemias, assumiu o controle da formação de técnicos em Saúde Pública e institucionalizou as campanhas sanitárias. Em 1942, começou a atuar no Brasil o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP (Campos, 1993). Entretanto somente em 1953 é que foi criado o Ministério da Saúde com uma estrutura, ainda totalmente voltada para as campanhas.

O Serviço Especial de Saúde Pública-SESP, passou posteriormente a se chamar de Fundação-FSESP, à época era ligada ao Ministério da Saúde. A Fundação SESP expandiu suas atividades, aumentando sua área de atuação na assistência médica, educação sanitária, saneamento, combate à malária, controle de doenças transmissíveis e desenvolvimento de pesquisas em medicina tropical, em convênio com o Instituto Evandro Chagas. Atualmente, em 2005 a Fundação SESP se encontra ainda ligada ao Ministério da Saúde, executando as mesmas ações, mas com o nome de Fundação Nacional de Saúde-FUNASA.

A partir da criação dos IAPS houve uma crescente centralização das ações de saúde no âmbito federal. Era de interesse do governo criar um sistema de seguro social que garantisse a integridade do novo foco de atenção de suas ações, o corpo do trabalhador. Com o crescimento da industrialização, o modelo agro exportador passa a não ser mais hegemônico, se deslocando a necessidade de sanear os espaços de circulação de mercadorias para a atuação sobre o corpo do trabalhador, a fim de manter e restaurar sua capacidade produtiva (Fleury, 1991)

À medida que os IAPS cresciam tornavam-se cada vez mais centralizados no Estado e ficava mais clara a dicotomia entre as ações de saúde pública e a de assistência social. Este modelo foi predominante até os anos 60 (Cohn, et al, 2001).

Em 1966 ocorre a unificação de todos os IAPS numa única instituição estatal: o INPS-Instituto Nacional de Previdência Social. A criação do INPS consolidou o modelo brasileiro de seguro social e de prestação dos serviços médicos. O direito à assistência à saúde não era uma condição de cidadania, mas uma prerrogativa dos trabalhadores que tinham carteira assinada e, portanto contribuíam com a previdência.

O Estado passou então a ser o grande gerenciador do sistema de seguro social, na medida em que aumentou seu poder em duas frentes, a econômica e a política. No primeiro caso, a partir do aumento das alíquotas de contribuição, o que aumentou consideravelmente os recursos financeiros disponíveis. No campo político, é abolida a participação dos usuários na gestão da previdência social (que existia na época das CAPS e dos IAPS), aumentando ainda mais o controle governamental (Bleicher, 2003).

Nessa época, surge o que Negri (2003) denominou de “complexo previdenciário”, que era composto de três sistemas: o sistema próprio, formado pela rede de hospitais e unidades de saúde de propriedade do Instituto Nacional de Previdência Social-INPS, além dos recursos humanos assalariados pelo Estado e o sistema contratado, que era subdividido no contrato credenciado (com sistema de pagamento por unidades de serviço) e no sistema contratado conveniado (sistema de pré-pagamento) (Negri, 2003). O modelo de prestação de serviços de saúde pelo INPS privilegiava a forma conveniada, ou seja, o governo comprava os serviços de assistência médica às grandes corporações médicas privadas, principalmente hospitais e multinacionais fabricantes de medicamentos. De acordo com Bleicher (2003) para o governo era um excelente negócio. O Estado tinha renda garantida, uma vez que a contribuição previdenciária era obrigatória, tanto que estimulava cada vez mais a expansão das contribuições através do incentivo à prática do trabalho assalariado, que passou a ser o grande comprador de serviços de saúde às empresas médicas expandindo assim o capital privado na área da saúde.

Em 1975, através da Lei No. 6.229, surgiu a organização do Sistema Nacional de Saúde-SNS, que consagrou a dicotomia entre o setor público e o setor privado, saúde coletiva e assistência previdenciária, ao estabelecer que a assistência individual ficaria a cargo da Previdência Social ao mesmo tempo em que a assistência coletiva estaria sob a responsabilidade do Ministério da Saúde dessa forma promovendo uma dicotomia entre as ações de prevenção e ações de cura .(Geraldes, 1992).

Em abril de 1979, surgiu o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento-PIASS, destinado a implantar e implementar uma estrutura de rede básica de serviços de assistência médico sanitária no Nordeste, para o período de 1976-1979 nas comunidades de até 20.000 habitantes e contribuir para a melhoria do nível da população da região.O programa era constituído de várias diretrizes básicas, entre elas a ampla participação comunitária (Geraldes,1992)

A dicotomia consagrada pelo SNS gerou uma série de impasses. A fim de ordenar essa situação, surgiu em 1977, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência–SINPAS, onde as ações relativas à previdência e a assistência médica ficam divididas. O SINPAS é, então, formado pelo IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência Social) que cuidava da parte financeira e pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) responsável pela assistência médica. O Estado continuava a privilegiar o setor privado (Negri, 2003). Ainda na análise de Negri (2003) e de tantos outros estudiosos do assunto, mais uma vez o modelo de assistência à saúde prestada pelo Estado se mostrava perverso. A assistência à saúde prestada pelo INAMPS favorecia apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passou a ser um dos princípios básicos do SUS desde fins de 1990. No cenário, O INAMPS aplicava recursos nos estados, por meio das superintendências regionais, para a assistência à saúde de modo proporcional aos beneficiários. Portanto, quanto mais desenvolvida a economia do estado, com mais presença de relações formais de trabalho, maior o número de beneficiários e, conseqüentemente, maior a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa determinada população.

Na compreensão de Campos (1992) a partir do início da década de 80, o sistema de saúde adotado pelo Brasil começa a mostrar sinais de esgotamento. As intermináveis filas, baixos salários de funcionários e precárias condições de trabalho geravam uma insatisfação crescente da população com a qualidade da assistência. A má gerência dos recursos, aliada a episódios cada vez mais crescentes de corrupção, levou a Previdência a um colapso. Como agravante, houve o “envelhecimento” da Previdência, ou seja, com o aparecimento das primeiras aposentadorias e pensões, a previdência passa a ter que gastar um dinheiro que não tem mais. O sistema começou então a ser bastante criticado e várias alternativas foram apresentadas para a mudança do modelo de sistema vigente

À medida que o processo de abertura política se ampliava com a oposição tendo vitórias significativas nas urnas eleitorais, o movimento sanitário, então, constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e de profissionais da área da saúde, foi crescendo e foi se incorporando ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares. Esse movimento, que surgiu a partir de discussões acadêmicas sobre as políticas de saúde e da reestruturação das organizações de trabalhadores da saúde, teve uma atuação marcante nos destinos do sistema de saúde brasileiro. As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor de saúde no Brasil (Campos, 1992).

Várias foram às propostas de implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde, com hierarquização, descentralização e universalização, e o primeiro marco desse movimento se deu ainda em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Na ocasião, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde --CEBES, foi o legítimo representante do movimento sanitário que apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, uma proposta de reorganização do sistema de saúde. Essa proposta já se chamava Sistema Único de Saúde, e contemplava diversos conceitos originados de experiências

bem sucedidas em outros países, como a universalização do direito à saúde, racionalização e integralidade das ações, democratização e participação popular, assim como, algumas experiências de atenção primária, vivenciadas em países centrais. Alguns desses conceitos foram introduzidos, nos países centrais, na segunda metade dos anos 70, em atendimento às proposições formuladas pela OMS em 1978, na Conferência de Alma-Ata, no atual Cazaquistão, que preconizava “Saúde para Todos no Ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde.

No Brasil, após a realização do I Simpósio Nacional de Política de Saúde ocorrido em 1979, os primeiros sinais de mudança do modelo de atenção à saúde, foram surgindo, e a criação, do PIASS–Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, a partir de alguns projetos pilotos de medicina comunitária, que foram implementadas em áreas rurais do Nordeste e o Projeto Montes Claros em Minas Gerais, representou a primeira tentativa de mudança no setor saúde.

Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde PREV-SAÚDE, que na realidade nunca saiu do papel. Logo em seguida, foi criado o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária-CONASP, em 1981, a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983. O Movimento que no início, não surtia nenhum efeito junto ao Governo federal, agora já conseguia introduzir mudanças radicais no destino do país em relação à saúde do povo brasileiro. Estas iniciativas representaram estratégias de extrema importância para o processo de descentralização da atenção à saúde no Brasil (COHN, 2001).

Essa sucessão de siglas, planos, propostas frustradas, caracterizavam a efervescência da produção intelectual do movimento de reforma sanitária, mas ainda não eram suficientes para gerar impacto e/ou alguma modificação real no sistema de saúde brasileiro como um todo. Somente com a chegada da Nova República¹⁵ e a redemocratização do país depois do fim do regime militar, mais precisamente em 1985, após a eleição de Tancredo Neves/José Sarney, os movimentos sociais se intensificaram e uma maior discussão foi possível sobre os novos rumos que deveria tomar o

¹⁵ Como já citamos anteriormente no primeiro capítulo dessa dissertação.

sistema de saúde brasileiro. Com a previsão da eleição da Assembléia Nacional Constituinte, que se encarregaria da elaboração da nova Constituição Federal Brasileira, é convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, para discutir a nova proposta de estrutura e de política de saúde para o País (Campos, 1992).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi uma mobilização popular que reuniu cerca de 5.000 pessoas, que foram responsáveis pela sistematização da proposta que serviu de base para o capítulo da Saúde na Constituinte de 1987/1988 e para a criação do SUS.

Entre as propostas constantes no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1987), o conceito de saúde foi ampliado e este foi entendido como resultante das condições de vida, alimentação, moradia, lazer, acesso e posse da terra, transporte, emprego. Ainda de acordo com o Relatório da 8ª Conferência: a saúde não representava um conceito abstrato. Saúde era definida com um contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas diárias.

E assim, em 1987 o INAMPS adotou uma série de disposições que o aproximaram ainda mais de uma cobertura universal, entre as quais se destaca o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniado da rede pública. Esse processo culminou com a instituição do SUDS–Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que representou a descentralização das atividades do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde.

Entretanto, a primeira grande conquista do Movimento de Reforma Sanitária ocorreu com a definição, pela Constituição Federal de 05 de outubro de 1988, onde foi incluída pela primeira vez, uma seção sobre a Saúde, a qual incorporou em grande parte, os conceitos e propostas da Reforma Sanitária. E no texto constitucional o Capítulo que se relaciona a saúde destaca, entre outros, o Art. 196 da Constituição que estabelece: "a saúde é direito de todos e dever do Estado, já citado anteriormente, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal, igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção

e recuperação” (CF, 1988). Onde se definiu de maneira clara a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

Um outro passo significativo na direção do cumprimento dessa definição constitucional de construção do SUS foi a edição do Decreto nº 99.060, de 07 de março de 1990, que transferiu o INAMPS do Ministério da Previdência Social para o Ministério da Saúde, estabelecendo os primeiros passos para unificação do sistema.

Já a Lei nº 8.080/90 instituiu o SUS, com comando único em cada esfera de governo, e definiu o Ministério da Saúde como administrador da União. No Capítulo II no seu Art. 7º, dos Princípios e Diretrizes, estabelece como primeiro princípio do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”. Assim, o Brasil passou a contar oficialmente com um sistema público de saúde único e universal. E a nossa Constituição passou a ser considerada uma das Constituições mais avançadas do mundo no que diz respeito à Saúde.

Nesse momento histórico, o setor público de assistência à saúde mantinha estreitas relações com o INAMPS, que passou a integrar a estrutura do Ministério da Saúde, que já vinha, nos últimos anos, participando significativamente no seu financiamento. O INAMPS foi extinto pela Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, portanto quase três anos após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde. No parágrafo único de seu Art. 1º, a Lei que extinguiu o INAMPS determina que: “as funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do SUS, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990” (BRASIL, 1990). O SUS nesse sentido, caminha para sua concretização através dos dispositivos legais, estruturais e práticos, buscando o cumprimento de seus princípios doutrinários, entre eles o de “universalização” que garante atenção a todos os cidadãos, sem distinção.

No trilhar desse caminho, entretanto, a consolidação do SUS necessitou da elaboração de mecanismos de regulação, que dessem conta do dinamismo e da complexidade do movimento de descentralização na área da saúde. A política descentralizadora, só foi possível, nos anos 90, porque

contou com uma indução de centro (via Ministério da Saúde), através da formulação, edição e implantação de instrumentos reguladores, de caráter transitório, oriundo de amplas discussões, negociações e pactuações entre as entidades representativas e o governo. Estes instrumentos são as Normas Operacionais Básicas (NOBS 91, 92,93 e 96) e em seguida, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/ 01 e 01/02).

De início, estas normas tiveram como função básica, estabelecer mecanismos progressivos para concretização do princípio da descentralização (através da criação de condições para reconstituir responsabilidades gerenciais regionais e locais), que foi estabelecido pela Constituição de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde-LOS-(8080/90 e 8142/90) e que era fundamental para construção do novo sistema de saúde (SUS). Mas, não só este assunto foi abordado nestas normas, aspectos organizacionais do sistema foram estabelecidos, principalmente, nas NOAS que contemplaram, de forma mais específica, à questão do acesso e da integralidade das ações de saúde, definindo mais claramente os critérios para articulação da regionalização (Levcovitz *et al*, 2001).

Quanto à questão de serem as normas transitórias, é que estes instrumentos (normas) podem ser reeditados ou substituídos à medida que o processo de descentralização vai avançando permitindo assim, a atualização das regras em diferentes estágios de implantação do SUS.

Os objetivos desses instrumentos, segundo Viana *et al* (2002:142) propostos em 2002 foram:

- 1.Definição das formas de transferência de recursos interinstâncias de governo;
- 2.Definição das modalidades de pagamento dos serviços de saúde;
- 3.Instrução do processo de descentralização
- 4.A construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica;
- 5.Definição dos tipos de assistência (básica, de média e alta complexidade) na oferta e
- 6.Definição do modelo de atenção, que articula ações de promoção, prevenção, cura e recuperação.

Esses instrumentos de definição, direção e controle vêm permitindo os ajustes para que o processo de implantação, implementação e avaliação desse sistema ocorra. Inserido nos instrumentos legais, existe o princípio maior

de concretizar o dever do Estado e o direito do cidadão em saúde. Esse direito que passa a ser o tema abordado no capítulo que se segue.

3.4 Direito à saúde na legislação brasileira: uma realidade oficial

A existência da Constituição é necessária para garantir com eficácia os valores fundamentais da pessoa humana. Direitos e garantias devem ser efetivamente ministrados, num critério justo, para que exista em caráter permanente

o

equilíbrio da sociedade.

Selma Regina Aragão

Advogada e autora dos livros Direitos humano na ordem mundial e Direitos humanos: do

mundo

antigo ao Brasil de todos.

O Brasil definiu-se em 1988 como um Estado Democrático de Direito (C.F. Art. 1º). Isto significa que foi adotado o princípio básico do chamado Estado de Direito, ou seja: a administração pública está vinculada às estritas previsões legais. Não existe autonomia da vontade quando está em pauta o exercício de um ato administrativo. As leis, único instrumento hábil para criar, modificar ou extinguir direitos em um Estado Democrático de Direito, só podem ser feitas pelo povo. A Constituição promulgada em 1988, decidida a garantir o direito à saúde para todos, disciplinou as atividades governamentais com tal finalidade. Considerando que “cuidar da saúde” é tarefa que a todos deve incubar, a Constituição Federal elencou este direito entre as competências comuns à União, aos Estados, aos Municípios (art. 23, II) e previu a competência legislativa sobre a proteção e defesa da saúde, limitando assim, a União ao estabelecimento das normas gerais, cabendo aos Estados e aos Municípios suplementá-las (Art. 24. § 1º e 2º c/c Art. 30, II). A Constituição Federal não isentou qualquer esfera de poder político da obrigação de proteger, defender e cuidar da saúde (CF, 1988). Portanto, a saúde como “dever do Estado” (Art. 196) é responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Assim, a Constituição Federal tem, pela primeira vez, entre seus artigos, toda uma seção referente à saúde. Além desta

seção existem vários artigos que se referem à saúde e estão em outros locais da própria Constituição Federal.

Art. 6 -(....) Saúde direito social.

Art. 10 – É assegurada a participação dos trabalhadores e empregadores no colegiado dos órgãos públicos, em que os interesses profissionais ou previdenciários sejam objetos de discussão e deliberação.

Art. 21 – (....) compete à União instituir diretrizes para o saneamento básico.

Art. 22 – (....) compete privativamente à União legislar sobre seguridade social (previdência, saúde e assistência social).

Art. 23 – (....) compete à União, Estados e Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas e portadores de deficiência.

Art. 24 – (....) compete à União, Estados e DF, legislar concorrentemente sobre previdência social, proteção e defesa à saúde.

Art. 30 -(....) compete aos Municípios, prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados, serviços de atendimento à saúde da população.

Art. 37 § 3 – A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta (....)

Art. 129 – (....) são funções institucionais do Ministério Público, zelar pelo efetivo respeito, dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública, aos direitos assegurados nesta constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia.

Art.194 – A seguridade social (....) com base nos seguintes objetivos (....) universalidade do atendimento, uniformidade, seletividade e distributividade, irredutibilidade, equidade, diversidade na base de financiamento, caráter democrático e descentralizado da administração (....)

Art. 195 -(....) a seguridade social será financiada (....) mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, Estados, DF e dos Municípios e das seguintes contribuições sociais (....) §10 – A lei definirá os critérios de transferência de recursos para o sistema único de saúde (....) e mais os Arts. 196, 197, 198, 199, 200.

É interessante ressaltar, no entanto, que, em momento algum, toda esta legislação referente a saúde com seu caráter inovador, traz uma definição explícita do que seja saúde. O que se tem é a definição de uma série de atributos que tentam fechar o conceito de saúde de forma indireta. Portanto, para atender a abrangência do termo saúde adotada hoje pela CF (1988) é imprescindível conhecer os princípios fundamentais do SUS. Neles vai-se buscar muito mais a caracterização das “providências” que o governo irá tomar para que seja promovida, preservada e recuperada a saúde, como os expressos na Lei 8080 art. 5 e 6 do que o próprio conceito do que seja saúde.

No entanto, esta limitação e dificuldade em se definir o que seja saúde não são próprias apenas dos nossos legisladores. Existe uma dificuldade universal em se enquadrar saúde dentro de termos que a definam. Buscando no dicionário encontramos a mesma dificuldade. Ferreira (1988) lembra a origem da palavra saúde do termo “salute” que vem do latim e que significa a conservação da vida. Mas não é feliz ao tentar caracterizar “a saúde como o estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal.” Remete a outro conceito de normal, mais abstrato e complexo.

A OMS (1946) também tentou buscar uma definição para saúde com a intenção de compreendê-la para promovê-la e propôs: “Saúde não é apenas a ausência de doenças, mas um estado de completo bem estar físico, mental e social”. Também não foi muito feliz, pois remete a plenitude e a um ideal não existente na realidade cotidiana.

Os princípios do SUS foram gerados nos últimos quarenta anos provenientes de discussão, em busca de um sistema de saúde que atingisse a todos como um direito de cidadania. Esse cenário, entre outras questões e fatos já citados e expostos no resgate histórico do capítulo anterior sobre as políticas e sistemas de saúde, configura a necessidade de mudanças prementes, o que passa a acontecer, a saúde como dever do Estado e direito do cidadão.

Considerando a afirmação do Estado Democrático de Direito, foram elaboradas no Brasil as leis que “regulam, fiscalizam e controlam as ações e os serviços de saúde”, conforme ao mandamento constitucional conhecidas como Lei Orgânica da Saúde—LOS. A LOS é o conjunto de duas leis editadas para

dar o cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde, prevista como tarefa de competência concorrente. Isto significa que as leis nºs 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, são leis nacionais que têm o caráter de norma geral. Portanto, a LOS contém as diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, Estados e Municípios ao elaborarem suas próprias normas para garantirem em seus respectivos territórios, o direito à saúde para sua população. Conseqüentemente, sempre que uma esfera de poder político atue, seja materialmente, seja normatizando, está obrigada à disciplina imposta na LOS. Nesse sentido, todas as ações e serviços de saúde, executados, isoladamente ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privadas (Lei nº 8.080, Art. 1) serão reguladas pela LOS, destinada no caso, a esclarecer o papel das esferas de governo na proteção e defesa da saúde, orientando suas respectivas atuações, para garantir o cuidado da saúde como um direito extensivo a todos.

O SUS enquanto serviço, que vai permitir o exercício da Lei 8080/90 no seu Art. 4º é definido como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. É, portanto um sistema formado pelos três níveis de governo União, estados e municípios e pelo setor privado, com o qual são feitos contratos e convênios para a realização de serviços e ações, como se fosse um mesmo corpo. Assim o serviço privado quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público. O SUS é único, porque tem a filosofia de atuação em todo o território nacional e é organizado de acordo com a mesma lógica (Negri, 2003).

Assim, o SUS funciona com os seguintes princípios doutrinários: (Lei 8080/90)

- * Universalidade, garantia de atenção a todos os cidadãos, sem distinções;
- * Integralidade, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo;
- * Egüidade, assegurar ações de saúde de acordo com a necessidade de cada pessoa, sendo todos os cidadãos considerados iguais perante o SUS;

Com os seguintes princípios organizacionais: (Lei 8080/90)

- * Regionalização, os serviços são organizados em complexidades crescentes, dispostas em áreas geográficas delimitadas e população definida.
- * Hierarquização, com atendimento no nível primário, secundário e terciário, de acordo com o grau de complexidade.
- * Descentralização, com responsabilidade de ações no nível municipal, estadual e nacional, com a atribuição de cada esfera de governo, sendo o município o principal responsável na promoção de ações de saúde.
- * Resolubilidade, capacidade do serviço de enfrentar e resolver os problemas de sua competência.
- * Participação popular, garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas de saúde em todos os níveis, através de suas entidades representativas.
- * Complementaridade do setor privado, quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região, há a atuação do setor privado, através de contratos ou convênios com o SUS, sendo preferíveis os serviços não-lucrativos. Os serviços contratados devem utilizar os mesmos princípios do SUS.

E tem os seguintes objetivos (Lei 8.080/90 Art. 5º):

- * Identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- * Formular políticas de saúde destinada a promover a redução de riscos à saúde com acesso universal e igualitário;
- * Garantir assistência integral e igualitária às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

De acordo com a Lei 8.080/90 no seu Art. 2º, é dever do Estado garantir a saúde da população através da implantação de políticas públicas, com ações que englobam:

- * Promoção da saúde: eliminam ou controlam as causas das doenças. Ex: educação em saúde, educação alimentar, educação sexual, adoção de estilos de vida saudáveis.
- * Proteção da saúde: previnem riscos ou exposição a doenças. Ex: ações de vigilância epidemiológica e sanitária, exames médicos e odontológicos periódicos, vacinação, saneamento, sendo medidas de prevenção e controle de doenças e agravos à saúde.
- * Recuperação da saúde: evitar a morte das pessoas doentes. Ex: diagnóstico e tratamento de doenças, acidentes e danos de toda natureza, a invalidez e a reabilitação.

O SUS tem como meta se tornar um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades,

independente do poder aquisitivo do cidadão. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. Pelo menos são propostas expressas na Lei 8080/90.

Para permitir o acompanhamento, implementação e fiscalização das ações do SUS surgiu a Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece duas formas de participação da população na gestão desse sistema de saúde: as Conferências e os Conselhos de Saúde onde a comunidade, através de seus representantes, pode opinar definir, acompanhar a execução e fiscalizar as ações de saúde nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

As Conferências de saúde foi um dos mecanismos pensados para cumprir o mandamento constitucional que exige que o sistema de saúde seja organizado com a participação da comunidade (C.F. Art 198 III) e os Conselhos de Saúde representam o outro mecanismo previsto para assegurar o cumprimento do mesmo mandamento constitucional (participação da comunidade na organização do sistema). Os Conselhos de Saúde são os órgãos de controle do SUS pela sociedade nos níveis municipal, estadual e federal. Eles foram criados para permitir que a população possa interferir na gestão da saúde, defendendo os interesses da coletividade para que estes sejam atendidos pelas ações governamentais. Os Conselhos de Saúde funcionam como colegiados, de caráter permanente e deliberativo, isto é, devem funcionar e tomar decisões regularmente, acompanhando, controlando e fiscalizando a política de saúde e propondo correções e aperfeiçoamentos em seu rumo, essa é a proposta.

São componentes dos Conselhos os representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e usuários. A Lei 8142/90 estabeleceu percentuais para essa participação, estabelecendo a obrigatoriedade de destinar metade das vagas de cada Conselho de Saúde para representantes dos usuários. Um dispositivo legal esclareceu, assim, que a participação da comunidade deve privilegiar a representação dos usuários, restando ao governo, aos prestadores de serviço e aos profissionais o preenchimento das demais vagas de representação.

Diante destas considerações, podemos afirmar que a Constituição Brasileira assegura o direito a saúde, prevê a criação de um sistema de saúde democrático comprometido com as necessidades da população. Entretanto, na prática, o que ainda se observa é a violação da maioria desses princípios.

A sociedade brasileira vive a consequência de um modelo econômico que discrimina grande parte de sua população, principalmente em seus direitos a saúde. Não se pode negar, contudo, importantes saltos de qualidade que pontuam avanços na implantação do SUS como a descentralização dos serviços de saúde, a concepção do modelo assistencial calcado no princípio do direito universal de cidadania, bem como, a municipalização dos serviços de saúde. Diante, entretanto, desta trajetória de impasses, conflitos de interesses entre os setores público e privado, nas diferentes esferas do governo, o atendimento as necessidades da saúde da população é o mais comprometido configurando um completo desrespeito a vida. Acreditamos que mais uma vez em transformação motivada por ações coletivas e ainda que a educação/informação seja capaz de preparar o usuário cidadão do serviço público de saúde para exigir o seu direito à saúde, fazendo valer as bases legais que o apóia de fato nesse direito, são questões que a seguir aprofundamos.

3.5. Bases legais de apoio: a informação como direito de cidadania

Antes eu vivia trancada, sentia as coisas, mas não falava. Eu queria dizer, mas parecia que não tinha palavras. Eu era como uma muda. Hoje não, depois que entrei para movimento, parece que houve uma despertarção comigo. Hoje eu falo participo dos encontros. Eu aprendi a ter uma nova vida”.

de (Depoimento de uma trabalhadora rural, no município
Sapé Paraíba, em 1986).

Os direitos e garantias fundamentais são aqueles estabelecidos no texto constitucional, com características de permanentes e invariáveis, que servem de fundamento a outros direitos derivados ou subordinados a eles, inerentes a todos os seres humanos. A nossa Constituição é a Lei maior do Estado, é a Carta Magna do País. No entanto, a valorização do homem começa a partir do reconhecimento de seus direitos e garantias como pessoa

humana. As regras de direito representam então, uma segurança do respeito à dignidade humana na sociedade à qual o indivíduo está inserido.

O Brasil tem uma constituição plena de direitos e garantias fundamentais. Existe uma preocupação muito grande em respeitar todos, mas mesmo com essa “Lei forte” que poderia representar fundamento suficiente para que os cidadãos tenham os seus direitos respeitados, muitas vezes essa Lei não surte efeito.

No Brasil, sabemos que o direito humano à saúde é reconhecido por tratados internacionais e pela Organização das Nações Unidas(ONU), na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que guarda os conceitos fundamentais e os direitos humanos universais (liberdade, igualdade, fraternidade, saúde, educação, trabalho, moradia, lazer, paz e dignidade). Além disso, a Constituição Federal do Brasil de 05 de outubro de 1988 define, em seu Art 25 que “todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família, saúde e bem estar”. Em seu Art. 196 refere que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações de serviço para sua promoção, proteção e recuperação”, indicando os princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei Orgânica da Saúde, que é composta pela Lei nº 8.080 e a Lei de nº 8.142/90 já referida nos capítulos anteriores, regulamenta estes princípios, reafirmando a saúde como direito universal e fundamental do ser humano. Essa mesma Lei regula ainda as ações e serviços e traz no Título I, Art. 2 que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. E no seu Art. 3º refere que a saúde tem fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a moradia, o trabalho, o saneamento básico, o meio ambiente, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1991).

Ainda encontramos entre os objetivos enumerados pela Lei Orgânica da Saúde que: “a assistência às pessoas por intermédio de ações assistenciais e das atividades de recuperação da saúde, deve ser feita com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (BRASIL, 1991).

A saúde é considerada um serviço de caráter público e o Código de Defesa do Consumidor (CDC) Lei 8078 de 11 de setembro de 1999, também se une a todas outras legislações para em seu Art. 6, enumerar os Direitos Básicos do Consumidor, e entre eles assegurar, o direito à informação e o acesso à educação do Consumidor, e ainda no inciso X a adequada e eficaz prestação dos serviços públicos em geral, assegurando assim nesse inciso os direitos do usuário quando da utilização de um serviço de saúde.

Dentre os seus objetivos o CDC destaca a preocupação pelo resgate da cidadania de milhões de consumidores brasileiros, ao estabelecer que todos têm direito à proteção e promoção na relação de consumo. Todavia é sabido que a grande maioria da população desconhece os direitos e deveres constantes na Lei acima referida. Sabemos, no entanto, que embora o país já disponha de uma moderna legislação sobre a defesa do consumidor, sua efetivação só ocorrerá realmente se for complementada através da educação do consumidor, aliado ao fornecimento de informações a respeito de produtos e serviços, principalmente os oferecidos e/ou prestados pelos serviços de saúde. Na relação dessa prestação de serviço que se estabelece entre profissionais de saúde e usuário, há toda uma legislação que ampara esse consumidor, usuário, paciente.

Nessa relação o usuário é quem deve tomar as decisões sobre sua própria saúde, em princípio. Entretanto, nos casos de conflito de decisões, o profissional de saúde deve assumir a responsabilidade de esclarecer o máximo possível seu paciente sobre as consequências das decisões em pauta. O ideal, nestas situações, seria, então, o que nos sugere França (1994, p. 62), "um acordo eticamente defensável entre o profissional, o paciente e/ou a família até se chegar a uma solução em que o paciente seja o mais favorecido".

O dever do profissional de saúde de informar seu paciente e de lhe solicitar o consentimento também está presente no Código de Defesa do Consumidor. Como já foi citado anteriormente, quando a pessoa se sente doente e recorre aos serviços de saúde, firma-se uma relação de consumo.

Não devemos reduzir as complexas relações que se estabelecem entre profissional de saúde e paciente ao simples consumo de um determinado serviço, sob pena de se reduzir, também, o princípio de respeito à autonomia do paciente a uma mera relação contratual.

Mas o paciente-usuário¹⁶, também, é um consumidor de serviços de saúde. E a análise da legislação que regula esse âmbito de relações reforça a perspectiva aqui assumida de que os direitos do indivíduo tendem a considerá-lo singularmente, de acordo com a situação concreta de vida.

Para os autores do anteprojeto do Código Brasileiro de Defesa do Consumidor toda e qualquer relação de consumo: a) envolve basicamente duas partes bem definida: de um lado, o adquirente de um produto ou serviço ("consumidor"), e, de outro, o fornecedor ("produtor/fornecedor"); b) tal relação destina-se à satisfação de uma necessidade privada do consumidor; c) o consumidor, não dispondo, por si só, de controle sobre a produção de bens de consumo ou prestação de serviços que lhe são destinados, arrisca-se a submeter-se ao poder e às condições dos produtores daqueles mesmos bens e serviços. (Grinover, 1995, p. 32.).

Na linguagem do Código, já citado anteriormente, o paciente é o consumidor para quem se presta um serviço; o profissional de saúde, o fornecedor que desenvolve atividades de prestação de serviços; e o ato ocorrido entre as duas partes, uma atividade realizada mediante remuneração. O legislador brasileiro definiu o consumidor de forma objetiva afirmando no art. 2º do Código de Defesa do Consumidor que consumidor "é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final" (Grinover, 1995, p. 26). Por sua vez, fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividades de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços (art. 4º da Lei 8078/90).

¹⁶ A palavra paciente vem da postura obsoleta: o indivíduo doente esperava aguardava pacientemente pela sua recuperação. O enfermo era paciente com o seu mal ou sua doença, enquanto o curandeiro, o pajé, o mágico da tribo, o sacerdote ou o religioso e posteriormente o profissional de saúde lhe recomendavam paciência. Gauderer, 1995. Para o Aurélio (p. 473) "paciente é a pessoa que padece: doente. Pessoa que está sob cuidados médicos". Para o Aurélio (p.661) usuário é "cada um daqueles que usam ou desfrutam alguma coisa coletiva, ligada ao serviço público ou particular". De acordo com Daniel (1981, p.13), paciente é aquele que em lugar de praticar ou fazer a ação é quem recebe. Ele é o objeto que recebe a ação, nunca o sujeito que participa dela, e isso se encontra interiorizado tanto na consciência do profissional de saúde como na do usuário.

Como se observa pelos conceitos trazidos pelo Código de Defesa do Consumidor acerca das figuras de consumidor e fornecedor, que é imprescindível que se tenha como entes formadores da relação de consumo essas duas figuras em pólos distintos, devendo o consumidor figurar em um pólo da relação e o fornecedor em outro.

Na relação de consumo estabelecida entre consumidor e fornecedor quer queiramos ou não, os consumidores são vulneráveis. Reconhecendo essa hipossuficiência, a Constituição Brasileira de 1988, no seu art. 5º, XV reza que “é assegurado a todos o acesso a informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional. Ainda no artigo 5º ,XXXII que trata dos direitos e deveres individuais e coletivos, estabelece que “O Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor”. Deste comando normativo constitucional, nasceu a lei 8078 de 11 de setembro de 1990. A referida lei é composta de 119 Capítulos e possui uma gama infindável de normas que garantem uma efetiva proteção aos consumidores, sendo mais conhecida como “Código de Defesa do Consumidor”.

Infelizmente, o teor protetor da lei 8078/90 é desconhecido da grande maioria dos consumidores, destinatários diretos e imediatos do texto legal. Os consumidores continuam dia após dia, a terem seus direitos desrespeitados por fornecedores de serviços, que de maneira direta, renegam a esses consumidores informações e garantias que obrigatoriamente devem prestar. Por outro lado, a Lei 8078/90 - CDC apresenta em seu art. 6º os direitos básicos do consumidor e aqui é importante que destaquemos aqueles que são pertinentes ao objeto dessa investigação que se encontram nos incisos I, II, III VIII e X.

I - a proteção da vida, saúde e segurança contra riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos;

II - a educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços, asseguradas a liberdade de escolha e a igualdade nas contratações;

III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como os riscos que apresentem;

VIII – a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil,

quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências;
X - a adequada e eficaz prestação dos serviços públicos em geral.

O primeiro direito de que trata o Art. 6 pode ser analisado tendo por contexto as inúmeras possibilidades de intervenção diagnóstico-terapêuticas que a medicina atualmente dispõe. Muitas delas poderiam ser classificadas na categoria de "serviços considerados perigosos", e seus possíveis benefícios para o paciente-usuário devem ser avaliados de acordo com os riscos inerentes à intervenção.

Os direitos relacionados nos itens II e III mostram que o consumidor tem direito a informação e à liberdade de escolha. Na avaliação dos riscos e benefícios de uma determinada ação entre o profissional de saúde e o usuário do serviço de saúde, é razoável afirmar que o usuário direto, ou seja, o paciente, também deve participar.

O direito à informação adequada, suficiente e verdadeira é um dos pilares do direito do consumidor. Nas legislações mundiais, voltadas a regular as relações de consumo, a referência quase uniforme ao direito à informação fortalece as características universalizantes desse novo direito. Afinal, os problemas e dificuldades enfrentadas pelos consumidores, em qualquer parte do mundo, são bem parecidos. Por essas razões, a Resolução nº 30/248 da Assembléia Geral das Nações Unidas, desde 16.04.1985, determina entre suas normas, o desenvolvimento e o incentivo a programas de informação e educação (norma F), com o objetivo de "fornecer aos consumidores informações adequadas para capacitá-los a fazerem escolhas acertadas de acordo com as necessidades e desejos individuais" (item 3, alínea c).

Já a Constituição Federal, incluiu a defesa do consumidor no elenco dos direitos fundamentais (art. 5º, XXXII) e, por sua destacada importância previu que "é assegurado a todos o acesso à informação" art. 5º, XIV. De acordo com Marques (2003), o direito de informação pode ser contemplado de três maneiras: o direito de informar, o direito de se informar e o direito de ser informado. Ainda para a autora o direito de informar é uma prerrogativa concedida às pessoas físicas e jurídicas, disposto no caput do art. 220, que dispõe "a manifestação do pensamento, a criação, a expressão e a informação,

sob qualquer forma, processo ou veículo não sofrerão qualquer restrição, observado o disposto nesta Constituição”. Esta norma é complementada pelo art. 5º, IX que expressa “é livre a expressão da atividade intelectual, artística, científica e de comunicação, independente de censura ou de licença”. Mas estes dispositivos não são absolutos, visto que a própria norma constitucional impõe limites, através do art. 5º, inciso X: quando diz que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação” (MARQUES, 2003).

São invioláveis, diz o texto constitucional. Assim, entendemos que o direito de informar não pode transpor os limites estabelecidos nessa norma. Não pode violar a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas.

Já o direito de se informar é uma prerrogativa da pessoa humana e decorre do fato da existência de uma informação. Nesse caso o texto constitucional no inciso XIV do art. 5º, assegura esse direito no que diz respeito à informação em geral, no entanto garante o sigilo da fonte, quando for necessário ao exercício profissional. Assim, podemos entender que é possível que se possa exigir a informação de quem a detém, desde que sejam respeitadas a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas. Quando se trata de informação relativa a própria pessoa, a Constituição garante-lhe o “hábeas data” (art. 5º, LXXII) na hipótese de direito líquido e certo de conhecer e/ou retificar a informação existente em registros ou bancos de dados de entidades governamentais ou de caráter público.

O direito de ser informado nasce, sempre, do dever que alguém tem de informar. A Constituição trata, basicamente, do dever de informar dos órgãos públicos (art. 5º XXXIII e art 37).

O direito fundamental à informação se refere à concretização das possibilidades objetivas de conhecimento e compreensão, por parte do consumidor típico, destinatário de um produto ou de um serviço. Não se trata de fazer com que o consumidor conheça e compreenda efetivamente a informação, mas deve ser desenvolvida uma atividade razoável que o permita e o facilite. É um critério geral de apreciação das condutas em abstrato, levando-se em conta o comportamento esperado do consumidor típico em

circunstâncias normais. Ao fornecedor incumbe prover os meios para que a informação seja conhecida e compreendida (art 6º CDC e art 31º CDC).

Na relação profissional de saúde e usuário, o usuário se torna ao mesmo tempo sujeito e objeto de seu próprio conhecimento. Desenvolve-se um saber sobre o indivíduo como corpo doente exigindo uma intervenção que dê conta de sua singularidade. Ao mesmo tempo se expande uma medicina do espaço social que adota a população como objeto de sua atuação, onde a doença assume o *status* de problema político e o profissional de saúde a função de autoridade administrativa que dirige, controla e registra as características dos modos de viver das populações: institucionalizam-se as informações. A partir daí tornam-se espaços estratégicos de lutas, de relações de poder e produção de saber. Estrutura-se uma 'rede de olhares' que coleta, registra e armazena as informações: murmúrios anônimos sobre a vida e a morte (MARQUES, 2003).

A cognoscibilidade¹⁷ representa não apenas o conhecimento (poder conhecer ter acesso), mas a compreensão (poder compreender). Conhecer e compreender não se confundem com aceitar e consentir. Não há declaração de conhecer. O consumidor nada declara. Para Marques (2003) a “cognoscibilidade” tem caráter objetivo, e reporta-se à conduta abstrata. O consumidor em particular pode ter conhecido e não compreendido, ou ter conhecido e compreendido. Essa situação concreta é irrelevante, o que interessa é ter podido conhecer e podido compreender, ele e qualquer outro consumidor típico destinatário daquele produto ou serviço. A declaração de ter conhecido ou compreendido as condições gerais ou as cláusulas contratuais gerais não supre a exigência legal e não o impede de pedir judicialmente a ineficácia delas. Ao julgador compete quando for o caso, verificar se a conduta concreta guarda conformidade com a conduta abstrata tutelada pelo direito (MARQUES, 2003)

Bobbio (1997) identifica quatro gerações de direitos, já citados anteriormente no capítulo 3.1, e refere que nos últimos séculos no mundo ocidental os direitos de liberdade, os direitos políticos, os direitos sociais e econômicos e a nova geração de direitos, relativos “a integridade do próprio

¹⁷ Cognoscibilidade de acordo com Ferreira (1988 p.158) é aquilo que pode se pode conhecer. Conhecível.

patrimônio genético, vai muito além do tradicional direito à integridade física”, também considera o direito do consumidor, dentre eles o direito à informação, como direitos fundamentais de terceira geração. Acredita o autor que isso só foi possível quando se percebeu a dimensão humanística e de exercício de cidadania que eles encerram indo muito além das concepções puramente econômicas.

Outro princípio que é reconhecido pelo Código de Defesa do Consumidor é que o consumidor é a parte vulnerável da relação de consumo (art.4º inciso I). Tal reconhecimento é uma primeira medida de realização da isonomia garantida pela Constituição Federal. Isto significa que o consumidor é a parte mais fraca da relação de consumo. Essa fraqueza, essa fragilidade, é real, é concreta, e decorre de dois aspectos: um de ordem econômica e outro de ordem técnica.

Ainda o mesmo Art. 6 do CDC no seu inciso VIII estatui serem direitos básicos do consumidor a facilidade da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus a prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiência (CDC/1990). Na avaliação de França (1994, p. 09), residiria neste inciso a maior inovação trazida pelo Código, pois para o autor "se um paciente alega erro médico, a responsabilidade da prova para defender-se é do facultativo, no caso, o profissional de saúde, por considerar-se difícil o usuário pré-constituir prova sobre seus direitos, até porque ele, no momento da relação, está em sua boa fé". Mas o Código de Defesa do Consumidor já mostra que para os profissionais liberais o CDC no Art. 14º parágrafo 4 diz que a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa, isto é, para esses profissionais não pode existir o instrumento da inversão do ônus da prova. Isto é de acordo com o CDC um consumidor lesado por um profissional de saúde, para obter indenização, terá que provar a culpa desses profissionais sob uma das seguintes modalidades: negligência, imperícia e imprudência. Além disso, o consumidor lesado poderá denunciar o dano sofrido aos organismos responsáveis, como por exemplo, um órgão de defesa do consumidor (IDEC, 1991).

Para Grinover (1995, p. 6) essa investidura do cidadão na qualidade de consumidor seria uma característica do final de século XX "em função de um modelo novo de associativismo: onde a sociedade de consumo, está caracterizada por um número crescente de produtos e serviços, pelo domínio do crédito e do marketing, assim como pelas dificuldades de acesso à justiça".

Como podemos notar, em termos administrativos, a consulta médica é uma transação comercial, na qual o serviço de saúde prestado é "produzido" no mesmo momento em que é "consumido", ou seja, o produto é, por exemplo, o atendimento feito pelo profissional de saúde no consultório. Mas, esse atendimento, na verdade, se inicia antes e se prolonga para além do encontro do usuário (consumidor) com o profissional de saúde (prestador de serviço).

O consumo consiste no uso de bens ou de serviços visando à satisfação direta das necessidades. Podemos falar em consumo de bens e serviços de saúde, que trazem uma melhora do bem estar e das condições de existência de uma população. Pelo lado da demanda, os consumidores não escolhem entre os serviços de saúde como os demais bens e serviços através de uma "racionalidade na escolha", e sim pela necessidade ou não de consumo de tais serviços. Esse consumo geralmente não é previsível e ocorre em situações de forte conteúdo emocional/psicológico. Quem vai fixar que tipos de serviços vão ser consumidos é, em última instância, o profissional de saúde, aquele que faz o diagnóstico, e não o usuário do serviço de saúde. Dessa forma, o consumo de saúde não é tão sujeito às mudanças conjunturais como os outros consumos que fazem parte da rotina de cada indivíduo. O consumo de saúde aumenta com o nível de instrução, talvez como consequência do melhor conhecimento dos sintomas, bem como, do risco da gravidade dos mesmos, estando este fato diretamente relacionado com o mais adequado conhecimento sobre o próprio corpo por parte do indivíduo, melhor instruído.

Assim para uma parte da população, estar doente não significa um evento exclusivamente biológico, se projetando no efeito mais dramático, que produz a incapacidade de trabalhar e a conseqüente ameaça à subsistência familiar. Em algumas camadas da sociedade a doença não é considerada um evento exclusivamente biológico, tendendo a ser percebida somente quando ocorre uma incapacitação do desempenho social, representada principalmente

pelo trabalho. Um indivíduo ao se mostrar disposto e com capacidade para trabalhar é sempre considerado saudável.

Entendemos que muitas são as dificuldades para tornar efetivo o direito à saúde, sobretudo, na atual conjuntura cujo redimensionamento da pauta de prioridades do Estado, tem como resultado a retração dos investimentos públicos no campo social e, no caso da saúde, o sucateamento da rede pública, o agravamento do quadro sanitário da população, a estratificação da clientela via práticas clientelistas e corporativistas. Sabemos também que os problemas sociais contemporâneos formam uma trama complexa e não estão dissociados das indagações mais amplas sobre as necessidades, demandas e desejos dos indivíduos; e não podem ser solucionados sem uma política de desconcentração de renda e justiça social.

No entanto, enquanto o Estado social se reduz na exata medida do avanço do mercado global, o direito do consumidor se expande, quando se sabe que somente é possível realizá-lo diante da intervenção estatal, na legislação, nas ações e políticas públicas de proteção e na forte atuação da administração da justiça. Esse paradoxo não pode ser entendido senão como fato contrário à dura lógica do mercado, decorrente da consciência de que o consumidor não é o elo enfraquecido e despersonalizado da relação de consumo. O consumidor é uma pessoa com necessidades, desejos, ideais, que merece respeito à sua dignidade humana, que somente o direito a informação pode assegurar.

Em todo este contexto de considerações que elenca as bases legais existentes na legislação, de apoio aos direitos do usuário consumidor de um serviço de saúde, constatamos a importância da informação e principalmente da educação, como caminhos para o conhecimento destes direitos e conseqüentemente para controle e exigência de que os mesmos sejam cumpridos, ou no caso exercidos.

Assim, entre o direito à saúde e o exercício da cidadania delimita-se o campo temático desse trabalho que, com base de apoio num recorte empírico, tem por objetivo contribuir para a reflexão sobre a dimensão simbólica do direito à saúde como uma questão de cidadania.

4. Trajetória metodológica

A trajetória metodológica representa o caminho percorrido durante o processo da pesquisa, o tipo de estudo adotado, os sujeitos investigados, o local de realização do estudo, os métodos e os instrumentos utilizados para a coleta e a forma como os dados coletados foram organizados e trabalhados. Consideramos a trajetória metodológica um caminho dinâmico e mutável.

4.1 Tipo de estudo e técnica de coleta de dados

Este estudo teve um caráter exploratório de natureza descritiva, onde foi utilizada predominantemente a análise qualitativa, apesar de envolver também técnicas quantitativas de coleta, para que os objetivos propostos fossem alcançados. A abordagem qualitativa foi escolhida por vários fatores, entre eles principalmente, por se ajustar e se adequar melhor ao objeto a ser investigado, ou seja, compreender o que percebem os usuários atendidos em uma unidade hospitalar sobre seus direitos à saúde, como uma questão de cidadania, e essa metodologia teve a vantagem de permitir a apreensão de manifestação desse fenômeno na realidade empírica.

Para Minayo e Sanches (1993), a pesquisa qualitativa é um método de abordagem da realidade social que se utiliza de técnicas de levantamento, registros, análise e divulgação de dados para descrever, compreender e explicar uma realidade. A pesquisa qualitativa busca o conhecimento profundo acerca da realidade, com um entendimento de seus significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças, valores, representações, opiniões e relações, através de uma aproximação fundamental e íntima entre sujeito e objeto pesquisado e tem como material primordial à interpretação da palavra que expressa a fala cotidiana. Estas afirmações configuram a adequação e reforçam a escolha desse tipo de metodologia para a investigação aqui proposta.

Para Minayo (1992, p. 109) a fala é "reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e, ao mesmo tempo, tem a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas". Concordamos também com a autora quando afirma que a "compreensão da realidade tem como ponto de partida o interior da fala". E, "como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala" (Minayo, 1998, p. 17). Nessa compreensão, a principal ferramenta utilizada para esse estudo foi a comunicação verbal, que foi estabelecida durante as entrevistas e do teste de associação livre de palavras, aplicadas aos participantes da pesquisa.

Uma vez definida a abordagem qualitativa, como o caminho para a compreensão do fenômeno estudado, se utilizou para a análise dos dados as técnicas do teste de associação livre de palavras e a entrevista semi-estruturada. Essas técnicas foram utilizadas a fim de se aferir maior credibilidade aos dados da pesquisa, por meio de triangulação.

A observação livre foi uma técnica utilizada durante o mês de junho de 2005, e foi o primeiro instrumento utilizado na pesquisa. Foi observado o comportamento do usuário frente às informações recebidas pelo profissional de saúde, o atendimento à queixa do usuário, a orientação e informação dadas ao usuário pelo profissional e a interação que existe entre o profissional de saúde conforme mostra o Apêndice III. Durante todo o período da observação a pesquisadora estava encoberta¹⁸.

A observação é uma técnica que possibilita uma maior aproximação e compreensão por parte do pesquisador, da realidade observada. Para Pádua (1997), a observação configura um elemento básico da investigação científica, pois ajuda o pesquisador a identificar e a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento. A observação livre desempenha papel importante nos processos observacionais no contexto da descoberta, e obriga o investigador a um contato mais direto com o sujeito. Para esse estudo, a observação livre foi utilizada para subsidiar as análises dos dados coletados na entrevista semi-

De acordo com Ferreira (1988, p. 245) encoberta, entre outras significações, quer dizer oculta, incógnita.

estruturada e no teste de associação livre de palavras, enriquecendo, portanto as análises e evidenciando a relação entre a narrativa do sujeito com a percepção dos fenômenos que não podem ser obtidos através das entrevistas.

A entrevista semi-estruturada, por sua vez, foi utilizada para captar ou apreender o que percebem os usuários sobre o direito à saúde, como uma questão de cidadania. Kahn e Cannel (1976, p. 272) definem “entrevista de pesquisa” como um encontro entre duas pessoas para que uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É, portanto, um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social. Para Goode e Hatt (1999, p.237), a entrevista “consiste no desenvolvimento de precisão, focalização, fidedignidade e validade de certo ato social como a conversação”. Os entendimentos de Kahn e Cannel e Goode e Hatt se complementam, pois se trata de uma conversação efetuada face a face, de maneira metódica e proporciona ao entrevistado, verbalmente a informação necessária. Vários outros autores consideram a entrevista como um instrumento por excelência da investigação social.

Quando realizada por um investigador experiente, segundo Best (1972, p.120) “é muitas vezes superior a outros sistemas de obtenção de dados”. No caso da entrevista semi-estruturada, esta, para Triviños (1987, p. 46),

“Compreende parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam a pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebe as respostas do informante”.

É, portanto mais flexível, embora siga um roteiro norteador. O roteiro da entrevista semi-estruturada utilizado no estudo foi composto de três partes. A primeira voltada para identificação do usuário; a segunda, contendo questões relacionadas ao atendimento recebido pelo mesmo na unidade hospitalar e a terceira parte, direcionada ao conhecimento desse mesmo usuário sobre seus direitos à saúde (Vê Apêndice I). Foram realizadas 25 entrevistas, mas duas não foram incluídas nesse trabalho; a primeira porque a pesquisadora utilizou o gravador de maneira incorreta, o que produziu microfonia e houve perda de

dados importantes e a outra, por que foi necessária a interrupção da entrevista devido o usuário estar muito emocionado e mesmo após uma longa espera ele não conseguiu controlar sua emoção, e como a unidade é uma unidade de diagnóstico, onde a permanência do usuário normalmente é curta, não foi possível um novo contato com esse usuário, o que impossibilitou a conclusão da entrevista. Cada entrevista durou em média de 30 a 45 minutos e todas foram gravadas em gravador digital, e seu conteúdo transferido para o computador e posteriormente transcrito pela própria autora, para análise.

Uma outra técnica utilizada foi o teste de associação livre de palavras, técnica essa que de acordo com Coutinho (2001, p. 89) facilita a evocação das respostas que surgem a partir de um termo indutor, permitindo assim, a apreensão dos conteúdos que estão ocultos na narrativa dos entrevistados. Essa técnica consiste em solicitar aos entrevistados que digam ou escrevam as primeiras palavras que lhe vêm à mente, referente a um termo indutor que caracteriza o objeto do estudo (Sá, 1995). O teste foi aplicado individualmente e teve como estímulo indutor as palavras: “Saúde”, “Direito”, “Cidadania” e “Informação”. Para o teste de associação livre de palavras foram entrevistados 100 usuários e usuárias, bem como, acompanhante-visitantes dos mesmos, divididos da seguinte forma: 50 usuários e usuárias internados nas Unidades II A e II B (entre eles os 25 usuários que participaram da entrevista na primeira fase da coleta) e 50 pessoas acompanhantes e/ou visitantes desses usuários. Aos mesmos foi solicitado que respondessem as perguntas: Quando falo a palavra saúde, quais as primeiras palavras que lhe vêm à mente? Quando falo a palavra direito quais as primeiras palavras que lhe vêm à mente? Quando falo a palavra cidadania quais as primeiras palavras que lhe vêm à mente? Quando falo a palavra informação quais as primeiras palavras que lhe vem à mente? O número 100 foi escolhido por que pesquisando várias fontes bibliográficas, e, inclusive professores que têm conhecimento do software que seria utilizado, fomos informadas que o software Tri - deux-mots deveria ter um número mínimo de 100 participantes para a composição de um banco de dados para o mesmo ser processado. Como a Clínica II A possui 32 leitos e a Clínica II B possui 42 leitos, totalizando 74 leitos. Procuramos realizar o teste nos dias em que os leitos estavam com mais

de 80% de sua ocupação, uma vez que utilizamos 50 usuários e usuárias internadas e 50 acompanhantes e visitantes.

O teste de associação livre de palavras busca identificar a percepção real, através de uma resposta imediata, reflexa. Por exemplo, se você perguntar a alguém hipertenso ou obeso, em uma entrevista ou questionário auto-aplicável, o que é, para ele, uma boa alimentação, ele provavelmente lhe dirá: “pouca gordura ou doces, legumes, frutas e carnes brancas”. Ou seja, o que ele sabe que é considerada como uma boa alimentação. Por outro lado, se construímos um rol de palavras como, por exemplo: peixe – feijoada – pudim – salada – picanha – churrasco – mamão – laranja – sal – macarronada, para que esta pessoa responda, assim que ouvir a palavra, o que ela considera “bom” e “mau”, as respostas podem ser completamente diferentes do primeiro exemplo. Podemos, ainda, solicitar que a pessoa fale a primeira palavra que lhe vier à mente ao ouvir cada uma das palavras do rol (denominadas palavras geradoras). Palavras que não tenham nada a ver com o que se quer investigar, no caso a representação da boa alimentação, tais como – férias – trabalho e outras, podem ser misturadas com as demais para que a pessoa não perceba do que se trata à investigação, caso contrário, a tendência é responder da maneira que acha “correta”. No caso desse estudo optamos por criar um rol de palavras geradoras, articuladas ao objeto investigado. De acordo com Bardin com este teste não se quer saber se a pessoa conhece ou não o significado das palavras, mas a idéia que tem quando ela é mencionada, a idéia representada por esta palavra. Esta representação é mais ou menos desligada da sua realidade objetiva e partilhada pelos membros de um grupo social, com certa estabilidade (BARDIN, 1979). Ainda em relação à aplicação do teste, não foi permitido a leitura ou conhecimento anterior do usuário sobre o rol de palavras a serem utilizadas (o que lhe daria tempo para elaborar uma resposta), se aguardou um tempo mínimo para que o usuário ou usuária, acompanhante ou visitante, respondesse (se tentou contar, mentalmente até cinco, no máximo, para que o tempo não fosse demasiado longo). Caso o usuário ou usuário, acompanhante ou visitante, demorasse a responder, passava-se logo à palavra seguinte, voltando àquela palavra ao final do rol.

A análise das respostas coletadas foi feita individualmente. No caso da análise individual, pode-se computar a frequência de restrições x aceitações, assim como, os aspectos que apresentaram mais restrição e mais aceitação. Quando se deseja realizar a análise de um grupo, ou seja, conhecer não mais o que apenas uma pessoa, mas um grupo social acredita, é preciso organizar as palavras induzidas pelas palavras geradoras de todas as pessoas que responderam ao rol de palavras. A primeira etapa corresponde a uma análise semântica na qual são agrupadas todas as palavras com o mesmo sentido. Ex.: medo, pavor. Os resultados obtidos na primeira etapa da análise podem ser apresentados em gráficos de barra ou de círculos concêntricos. Neste último, as respostas mais frequentes são situadas nos círculos centrais, mais próximos à palavra geradora. Depois, cada grupo assim formado é reunido no que se denomina “categorias”. Uma categoria pode ser, por exemplo, “percepção negativa”, onde são agrupados os conjuntos: medo/pavor e tristeza/depressão. Estas categorias, por sua vez, podem ser analisadas segundo variáveis. Para tal análise quantitativa é necessário que se apliquem testes estatísticos para saber se as diferenças observadas foram estatisticamente significativas. Como se sabe, um instrumento de coleta de dados é construído para atender à necessidade colocada pelo investigador, pelos objetivos que este definiu e referenciais teóricos que escolheu para seu estudo.

4.2 Campo de estudo: características e critérios de escolha

Este estudo foi desenvolvido na cidade de Fortaleza, por ser o local onde resido e onde desenvolvo minhas atividades profissionais. O campo de estudo foi um hospital do tipo universitário, órgão técnico-didático, interdepartamental, vinculado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará. É um órgão de assistência, ensino e pesquisa que tem por finalidade prestar assistência médico-cirúrgica, em regime ambulatorial e de treinamento de alunos de diversos cursos da Universidade Federal do Ceará nos níveis de graduação e pós-graduação, bem como, promover e incentivar a realização de pesquisa científica e tecnológica, colaborar com as entidades públicas na execução de programas de saúde e de educação sanitária e servir como hospital de referência dentro do SUS. O Hospital Universitário Walter

Cantídio, também designado pelo acrograma HUWC, foi fundado em 1957, integrando a antiga Faculdade de Medicina do Ceará ao Hospital de Doenças Infecciosas do Estado, se transformando posteriormente em Hospital das Clínicas da UFC.

A denominação de hospital universitário foi dada pelo Ministério da Educação em 23 de março de 1984, a fim de uniformizar a utilização das denominações empregadas, para os hospitais de ensino, através da Portaria nº 111 e definiu hospital universitário como um hospital de propriedade das universidades públicas ou privadas, ou a elas vinculado por regime de comodato, devidamente registrado (BRASIL, 1984).

A Lei Orgânica da Saúde, em seu Artigo 54, estabelece que “os serviços de saúde nos hospitais universitários e de ensino e integram ao SUS, mediante convênio, preservada sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados” (BRASIL, 1990)

A clientela do hospital é composta de cidadãos e cidadãs que residem em todo o Norte e Nordeste do país. A maior parte dos usuários e usuárias internados e internadas, entretanto, residem em Fortaleza e apenas uma pequena parte é procedente de outros estados do Norte e Nordeste¹⁹

O HUWC dispõe de uma capacidade hospitalar de 239 leitos, sendo 233 ativados no momento e 06 desativados. Dos 233 leitos ativados temos: Unidade de terapia intensiva (06) Clínica médica I (22) Clínica médica II A (32) Clínica médica II B (42) Clínica médica III (20) Clínica médica IV (29) dos quais 05 encontram-se desativados, Clínica cirúrgica I (30) estando 01 leito no momento desativado, Clínica cirúrgica II (29), Clínica cirúrgica III (31). Conta ainda com 07 leitos de recuperação pós cirúrgica, 07 leitos de UTI cirúrgica (ainda não cadastrada), 08 salas no centro cirúrgico, sendo 02 desativadas, 01 ambulatório de cirurgias composto de 02 salas de pequena cirurgia e 02 salas de curativos e ainda 01 sala de pequena cirurgia, 01 sala de curativo, 01 sala de radiologia e 01 sala de gesso. É considerado um hospital de grande porte segundo classificação do Ministério da Saúde. Conta ainda com a existência,

¹⁹ Informações obtidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), no dia 24 de fevereiro de 2005.

no próprio hospital, de áreas geradoras de demanda e de influência na resolubilidade como os ambulatorios médicos e multiprofissionais, realizando desde ações de vigilância epidemiológica, e atos não médicos executados por profissionais de nível médio e de nível superior, atendimento em clínica médica, cirurgia pediátrica, pequenas cirurgias, cirurgias de médios e grandes portes, serviços auxiliares ao diagnóstico e tratamento de alto custo e transplantes renais, estando para tanto integrado aos Sistemas de Informações Ambulatoriais-SIA e de Informações Hospitalares-SIH que fazem parte do Sistema Único de Saúde.

No HUWC são desenvolvidos os seguintes programas especiais: diabetes, hipertensão, epilepsia, cefaléia, hanseníase, acunputura, alergologia, cardiopatias congênitas, doenças sexualmente transmissíveis, doenças hemorrágicas, doenças profissionais e tratamento da dor crônica.

O hospital, objeto dessa pesquisa, funciona como uma unidade de referência e somente no ano de 2003 realizou um total de 507.804 exames de análises clínicas, 165.545 consultas médicas, 99.179 consultas por psicólogos, nutricionistas e outros profissionais não médicos; 20.284 procedimentos ambulatoriais, 16.798 exames de radiodiagnóstico, 10.299 sessões de hemodiálise, 7560 exames de ultra-sonografia, 5.578 internações, 3412 cirurgias, 2486 sessões de quimioterapia, 1005 tomografias computadorizadas, 695 exames por métodos gráficos e 302 endoscopias. Funciona ainda como o maior centro de transplantes do Norte e Nordeste. Desde a primeira intervenção, realizada em 18 de maio de 2002, até o mês de abril de 2004, já foram realizados 54 transplantes renais e hepáticos²⁰. É um campo interessante para o estudo em questão pelas seguintes razões: primeiro porque se configura como um hospital universitário, onde o atendimento ao usuário deve responder às exigências de um sistema nacional de saúde, concretizado no SUS; segundo é também um local que recebe uma quantidade significativa de pessoas de várias partes da cidade ou Estado, oferece um leque de atendimentos para as mais diversas patologias, cooptando um usuário que busca ser atendida no seu direito à saúde; e terceiro, é um local de fácil acesso

²⁰ Dados coletados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital Universitário Walter Cantídio em 24 de fevereiro de 2005, e confirmados no folder publicado pela Universidade Federal do Ceará em outubro de 2004, em comemoração aos 50 anos de existência da UFC.

para obtenção dos dados por parte da pesquisadora, servidora desta instituição há mais de 20 anos.

Realizamos este estudo na Clínica II (A e B), que é uma clínica que admite usuários provenientes dos ambulatórios especializados de gastroenterologia, cardiologia, pneumologia, nefrologia, reumatologia e neurologia do próprio hospital e ainda usuários encaminhados de postos de saúde e de outros hospitais da capital e do interior. Conta com leitos para receber pacientes portadores de tuberculose (isolamento com quatro leitos) e alguns leitos destinados aos pacientes que realizam diálise. A escolha dessa clínica deu-se por ser uma clínica onde os usuários quando são internados sem um diagnóstico definido, permanecem nessa clínica realizando todos procedimentos necessários para a elucidação do diagnóstico. Como o nosso objetivo também era compreender a ótica do usuário atendido numa unidade hospitalar em relação às informações recebidas como um direito de cidadania acreditamos que essa seria a clínica mais apropriada para a realização desse estudo.

4.3 Sujeitos do estudo e o acesso a eles

Os sujeitos da pesquisa foram os usuários internados na Clínica II A e B da unidade hospitalar referida anteriormente, localizada na cidade de Fortaleza. Antes de realizarmos a entrevista semi-estruturada e o teste de associação livre de palavras, tanto os usuários internados na clínica II (A e B) como os acompanhantes e visitantes foram esclarecidos sobre os objetivos do trabalho, e àqueles que mostraram interesse e se dispuseram a participar da pesquisa, deixamos claro que a qualquer momento eles tinham a liberdade de recusar-se a participar do estudo, bem como, informamos sobre a disponibilidade de tempo para realização da entrevista e que todos teriam seus nomes mudados, a fim de resguardar sua privacidade. Assim atribuímos a cada usuário e usuária um nome bíblico. A cada um deles foi entregue para ser assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, exigido pela Resolução 196/96 do Código de Ética para pesquisa com seres humanos.

O critério de saturação foi utilizado para definição do número de usuários e usuárias a serem entrevistados no estudo. Segundo Minayo (1992,

“a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade”. Para a autora, “(...) a amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões”. A esta “amostragem” significativa Sá (1995:92), e muitos outros metodólogos, costumam empregar um critério conhecido como de “saturação” para chegar a um número-limite (não definido previamente) no decorrer da pesquisa. Para o autor quando os temas e/ou argumentos começam a se repetir isto significaria que entrevistar uma maior quantidade de sujeitos pouco acrescentaria de significativo ao conteúdo coletado. Quando tal fato ocorre é recomendado realizar mais algumas entrevistas e parar. No caso dessa pesquisa foram entrevistadas mais cinco pessoas para realmente confirmar a saturação.

Optamos por pesquisar os usuários internados na unidade hospitalar, uma vez que os usuários que procuram os ambulatórios de clínica médica, logo que têm resolvido sua “queixa” deixam o hospital e não têm dia marcado para retornar. Já àqueles usuários que utilizam os ambulatórios especializados, demandam mais tempo para um retorno da consulta, e isso poderia se constituir em um fator que retardaria a coleta dos dados. Foram entrevistados usuários e usuárias com idade compreendida entre 13 anos e 72 anos. Assim, os critérios utilizados para escolha dos sujeitos foram: o aceite dos mesmos em participar da pesquisa, a ausência de doenças respiratórias e cardiológicas que de alguma forma o impedisse de se comunicar e por último, não estar internado nos leitos destinados ao isolamento.

A pesquisa foi realizada em três fases assim dividida: na primeira fase da pesquisa foi realizado o teste de associação livre de palavras com 100 usuários e usuárias, acompanhantes e visitantes, sendo que 50 com usuárias e usuárias internadas na Unidade II A e II B e 50 com acompanhantes e visitantes. Na segunda fase, dentre os 50 usuários e usuárias internadas na Unidade II A e II B que fizeram o teste de associação livre de palavras na primeira fase, foram realizadas entrevistas com 25 deles, sendo somente 23 entrevistas utilizadas para a análise dos dados da pesquisa por razões já citadas anteriormente.

4.4 Análise e interpretação dos dados coletados

Os dados coletados através das entrevistas semi-estruturadas foram analisados com a utilização da técnica de análise de conteúdo, tendo como referência Bardin (1995) e principalmente Franco (2003), que em seu livro sobre “análise de conteúdo”²¹ re-trabalha a base teórica de Bardin, em exemplos teórico-práticos de utilização dessa análise em pesquisa, de forma mais clara para compreensão e utilização.

A análise de conteúdo foi utilizada por ser considerada nesse estudo como a mais indicada para analisar os dados a serem coletados. Segundo a metodologia proposta por Bardin (1995, p. 42), a análise de conteúdo é:

“(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens.”

A fim de desvelar o material qualitativo a análise de conteúdo dispõe de algumas técnicas, a saber: Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise Temática e Análise de Enunciação. Nesse estudo optamos por utilizar a análise temática. Assim, nessa perspectiva, a análise de conteúdo permite fazer inferências sobre a fonte, a situação em que esta produziu o material objeto de análise, ou até por vezes, o receptor ou destinatário das mensagens. A finalidade da análise de conteúdo será, pois, efetuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas.

Assim, após a transcrição das entrevistas, realizamos uma pré-análise. Na fase de pré-análise, a primeira, foi feita uma leitura flutuante dos dados, a partir das transcrições e codificação das entrevistas, por meio de numeração progressiva, correspondendo um número para cada entrevistado,

²¹ Franco amplia a discussão sobre a análise de conteúdo de Bardin, levando em consideração suas bases teóricas e metodológicas, discutindo algumas idéias sobre estas bases teóricas, as características definidoras, os campos da análise de conteúdo, as unidades de análise, sua organização e categorias. Oferece ainda um exemplo da utilização da análise de conteúdo na realização de uma pesquisa em educação.

com o objetivo de estabelecermos os primeiros elementos para que pudéssemos iniciar uma sistematização das idéias.

Na segunda fase da análise de conteúdo, a de exploração do material, realizamos leituras mais aprofundadas, assinalando as idéias importantes, ordenando e numerando as respostas, com vistas à organização do material coletado para destacarmos os temas, as idéias-chave e os núcleos de sentido, pois, para Bardin (1995:106), “o tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc.”.

Após a identificação dos núcleos de sentido, fizemos a codificação e agrupamento dos temas em categorias, que foram criadas baseadas na leitura e interpretação dos dados, sendo consideradas as categorias emergentes durante o processo de classificação. Seguindo esta sistemática, utilizamos a técnica de análise de conteúdo como análise categorial temática. Para Bardin (1995), a análise por categoria é a técnica mais utilizada na prática, sendo a análise temática, ou investigação de temas, a possibilidade rápida e eficaz de categorização, podendo ser aplicada a discursos diretos e simples. A análise temática, igualmente, pode ser desenvolvida diante do desmembramento do texto em unidades, que serão reagrupadas em categorias, segundo analogia dos temas. A partir de nossas inferências e interpretações, a classificação resultará em categorias.

As categorias identificadas foram organizadas em quadros, que foram analisados com base na fundamentação teórica do estudo, subsidiados também, pelos dados obtidos através da aplicação da técnica de observação.

Para a análise dos dados quantitativos coletados no teste de associação livre de palavras, utilizamos o software Tri-Deux-Mots elaborado por CIBOIS (CIBOIS, 1995). Este programa é muito utilizado nas abordagens qualitativas por permitir a visibilidade da estrutura das respostas. A análise foi realizada através da análise fatorial de correspondência (AFC), processo esse que estabelecemos inicialmente com a montagem de um dicionário, onde cada estímulo foi alocado em um arquivo com suas respectivas evocações, em seguida fizemos um agrupamento por significação e similaridade para ser visualizado às frequências. Na etapa posterior montamos um banco de dados com a digitação dos testes um a um. Após essa etapa o programa foi

processado e produziu uma visualização das representações entre os componentes dos diferentes grupos, pois colocaram em evidência as variáveis fixas (colunas) e as variáveis de opinião (linhas). Uma vez estabelecida essa visualização, as análises foram realizadas e se encontram registradas no capítulo que se segue.

5. Perfil dos sujeitos participantes da pesquisa

Antes de iniciar a análise propriamente dita será apresentado o perfil dos sujeitos entrevistados de acordo com dados colhidos por meio do roteiro de entrevista semi estruturada. Optamos por traçar o perfil dos usuários e usuárias internados (as), separado dos acompanhantes e visitantes, contemplando assim todos os cem participantes do Teste de Associação Livre de Palavras, uma vez que os 25 entrevistados também estão incluídos nos 50 usuários do Teste e com isso procuramos ser o mais fidedigno possível. Organizamos então esse capítulo em três seções: 1. Perfil dos Entrevistados (total 25) 2. Perfil dos usuários internados, incluindo os entrevistados (50) e 3. Perfil dos acompanhantes e visitantes (50).

5.1. Perfil dos entrevistados: usuários e usuárias internados e internadas.

Entrevista 1 – Filipe, 35 anos, agricultor, casado, sem filhos, freqüentou a escola somente na 1ª. Série do ensino fundamental, e só aprendeu, como ele mesmo diz a “desenhar o nome” e a ler algumas palavras, possui renda familiar de ½ salário mínimo, nasceu e ainda mora até hoje em Itapipoca- Ceará.

Entrevista 2 – Daniel, 31 anos, montador, casado, dois filhos, estudou até o 3º ano do ensino médio, possui renda familiar em torno de um salário, nasceu e ainda mora até hoje em Pacatuba – Ceará.

Entrevista 3 – Sara, 39 anos, agricultora, solteira, sem filhos, estudou até a 8ª série do ensino fundamental, possui renda familiar em torno de um salário mínimo, nasceu e ainda mora até hoje em Aratuba - Ceará.

Entrevista 4 - Isabel, 13 anos, estudante, solteira, sem filhos, cursa a 4ª série do ensino fundamental, pai e mãe desempregados, no momento a família não tem renda, está sendo ajudada pela família e vizinhos. Como renda familiar fixa a família de Isabel recebe de parentes ½ salário mínimo. Isabel nasceu e mora em Itatira – Ceará.

Entrevista 5 – Betânia, 48 anos, Artista plástica e estudante universitária, casada, quatro filhos, renda familiar em torno de três salários mínimos, nasceu no Crato, mas já há algum tempo mora em Fortaleza.

Entrevista 6 - Marta, 22 anos, estudante universitária, solteira, sem filhos, renda familiar em torno de quinze salários mínimos, nasceu em Juazeiro, mas como é estudante de uma universidade em Fortaleza mora aqui há dois anos.

Entrevista 7 – Susana, 42 anos, dona de casa, viúva, cinco filhos, renda familiar em torno de quatro salários mínimos, foi à escola até a 1ª. Série do ensino fundamental aprendeu a escrever o nome e ler poucas palavras, nasceu e ainda mora até hoje em Fortaleza.

Entrevista 8 - Ester, 48 anos, dona de casa, casada, três filhos, estudou até a 4ª série do ensino fundamental, possui renda familiar em torno de um salário e meio, nasceu em Água Verde município de Guaiúba, ainda mora até hoje lá.

Entrevista 9 – Marcos, 25 anos, operador de máquinas, solteiro, sem filhos, estudante do 1º ano do ensino médio, possui renda familiar em torno de quatro salários mínimos, é natural de Jaguaribe, mas desde criança mora em Fortaleza.

Entrevista 10 – Mateus, 35 anos, digitador, casado, uma filha, estudou até o 3º ano do ensino médio, possui renda familiar em torno de seis salários mínimos, nasceu e ainda mora até hoje em Ibiapina – Ceará.

Entrevista 11 - Judite, 45 anos, casada, dona de casa, três filhos, estudou até a 2ª. série do ensino fundamental, possui renda familiar em torno de três salários mínimos, nasceu e ainda mora até hoje em Itapiúna - Ceará.

Entrevista 12 - Rute, 72 anos, Solteira, sem filhos, dona de casa, estudou até a 3ª série do ensino fundamental, possui renda familiar em torno de dois salários mínimos, nasceu e sempre morou em Fortaleza-Ceará.

Entrevista 13 - Paulo, 44 anos, casado, dois filhos, comerciante, estudou até o 3º ano do ensino médio, possui renda familiar em torno de três salários mínimos, nasceu na Nigéria-África, mas já se considera brasileiro, pois mora no Brasil há sete anos, no Brasil sempre morou em Fortaleza.

Entrevista 14 - Ana, 19 anos, solteira, sem filhos, estudante, atualmente faz o cursinho pré-vestibular, possui renda familiar em torno de dois salários mínimos, nasceu e mora até hoje em Russas – Ceará. Ana é deficiente física devido a uma paralisia infantil.

Entrevista 15 - João, 41 anos, casado, dois filhos, motorista, estudou até a 8ª série do ensino médio, possui renda familiar em torno de três salários e meio, nasceu em Pentecostes, mas mora em Fortaleza já há alguns anos.

Entrevista 16 – Abigail, 59 anos, agricultora casada, cinco filhos, estudou até a 1ª série do ensino fundamental, apesar de ter freqüentado a escola, a senhora Abigail diz que só aprendeu a escrever o nome e a conhecer pouquíssimas palavras. Dona Abigail possui uma renda familiar em torno de um salário mínimo, nasceu em e ainda mora até hoje em um distrito de Caucaia – Ceará.

Entrevista 17 – Dalila, 64 anos, dona de casa, viúva, cinco filhos, freqüentou a escola até a 1ª. Série do ensino fundamental e conforme o seu próprio depoimento não conseguiu aprender nada, somente assinar o nome. Dona Dalila possui renda familiar em torno de três salários mínimos, nasceu em Itapajé, mas mora há vinte anos em Fortaleza.

Entrevista 18 - Rebeca, 46 anos, casada, sete filhos, dona de casa, estudou até a 1ª série do ensino fundamental, possui renda familiar menor que um salário mínimo, nasceu e ainda mora até hoje em Sobral.

Entrevista 19 – Raquel, 45 anos, casada, quatro filhos, dona de casa, estudou até a 3ª série do ensino médio, possui renda familiar em torno de quatro salários mínimos, nasceu e ainda mora até hoje em Maracanaú.

Entrevista 20 – Pedro, 51 anos, casado, sem filhos, desempregado desde 1992, estudou até a 1ª série do ensino fundamental, possui renda familiar em torno de meio salário mínimo, nasceu e ainda mora em Fortaleza.

Entrevista 21 – Lia, 66 anos, dona de casa, viúva, sete filhos, cursou até a 3ª série do ensino fundamental, possui renda familiar em torno de três salários mínimos, nasceu e ainda mora até em Mombaça-Ceará.

Entrevista 22 - Dina, 70 anos, viúva, dona de casa, uma filha, cursou até a 4ª série do ensino fundamental, possui renda familiar em torno de quatro salários mínimos, nasceu e ainda vive até hoje em Sobral-Ceará.

Entrevista 23 - Eunice, 48 anos, casada, dona de casa, três filhos, cursou até a 1ª série do ensino fundamental, possui renda familiar em torno de um salário mínimo, nasceu e sempre morou em Fortaleza-Ceará.

5.2 Perfil dos usuários e usuárias participantes do teste de associação livre de palavras.

Quadro 2 – Sexo dos usuários e usuárias participantes na pesquisa, internados na Clínica II A e B do HUWC. Fortaleza-Ceará. 2005.

Sexo	Nº	%
Feminino	28	56
Masculino	22	44
Total	50	100

Observamos que houve a predominância (56%) do sexo feminino, ou seja, 28 mulheres usuárias do serviço na pesquisa realizada.

Desde que a mulher, após seu movimento de emancipação ampliou seu espaço social e aumentou sua participação na disputa pelo mercado de trabalho, incrementando sobremaneira suas responsabilidades (mãe, amante, dona de casa e mais recentemente provedora), houve uma modificação e elevação nos tipos de doenças que incidem no sexo feminino, inclusive com relação à sua gravidade. Doenças como o infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e outras mais freqüentes no sexo masculino, geralmente relacionadas a um aumento de responsabilidade, competitividade e nível de stress, agora também estão incidindo mais sobre as mulheres.

Há também outro fator a ser considerado, que é a utilização dos serviços de saúde pelas mulheres. Um levantamento feito nos Estados Unidos, com dados dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares realizado entre 1997 e 1998, mostra que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens. A pesquisa conduzida por Brett e Burt (2001) concluiu que aproximadamente 500 milhões de consultas são realizadas anualmente com mulheres no país, representando uma média de 4,6 visitas ao ano. O número de visitas também é maior entre as mulheres com mais idade, chegando a 7,1 visitas por ano entre as com idade superior a 65 anos. Em comparação com os homens, as mulheres procuram mais os serviços de saúde (excluindo-se as consultas relativas à gravidez). Além disso, costumam ir ao médico com quadros de menor gravidade e, o fato de que sejam atendidas prioritariamente em serviços básicos, como postos de saúde e ambulatórios, acreditamos que contribuem para aumentar essa procura.

No caso brasileiro, de acordo com um estudo realizado por Travassos et al (2000, p. 133-149) as mulheres também utilizam mais os serviços de saúde do que os homens, e essa diferença de utilização está em

grande parte relacionada a questões reprodutivas. Acreditamos que as diferenças de gênero relativas ao perfil morbimortalidade não se resumem, entretanto, à saúde reprodutiva. As mulheres tendem a avaliar seu estado de saúde de maneira mais negativa e também referem mais doenças crônicas do que os homens, que, por sua vez, apresentam doenças comparativamente mais severas e de maior letalidade. Frente às mudanças ocorridas no papel social das mulheres nas últimas décadas, mais recentemente vários autores vêm questionando a existência de desigualdades entre os gêneros em termos de saúde. Arber e Cooper (1999, p. 61-76) analisando dados da Inglaterra para os anos de 1992 a 1994, demonstraram que, em idades mais avançadas, homens e mulheres tendem a avaliar de maneira semelhante seu estado de saúde. Porém, para o autor quando o quesito está relacionado a limitação física, as mulheres tendem a avaliar mais positivamente seu estado de saúde.

Quadro 3- Idade dos usuários e usuárias participantes na pesquisa, internados na Clínica II A e B do HUWC. Fortaleza-Ceará. 2005.

Idade (anos)	Nº	%
13 - 32	09	18
33 - 52	24	48
53 - 72	13	26
≥ 73	04	8
Total	50	100

Com relação à idade dos usuários e usuárias participantes da pesquisa houve predominância da faixa etária de 33 a 52 anos (48%), ou seja, 24 usuários e usuárias. Considerando que 37 (74%) dos usuários e usuárias, apresentaram a idade entre 33 e 72 anos, podemos considerar esse grupo como uma população adulta e de longevos. Os longevos ou idosos representam hoje 14,5 milhões de pessoas, 8,6% da população total do País, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico-IBGE, com base no Censo 2000. O instituto considera idosas as pessoas com 60 anos ou mais, mesmo limite de idade considerado pela Organização Mundial da Saúde-OMS

para os países periféricos. Em uma década, o número de idosos no Brasil cresceu 17%, em 1991, ele correspondia a 7,3% da população (IBGE, 2000).

O envelhecimento da população brasileira é reflexo do aumento da expectativa de vida, devido ao avanço no campo da saúde e à redução da taxa de natalidade. Prova disso é a participação dos idosos com 75 anos ou mais no total da população, em 1991, ela eram 2,4 milhões (1,6%) e, em 2000, 3,6 milhões (2,1%). A população brasileira vive, hoje, em média, de 68,6 anos, 2,5 anos a mais do que no início da década de 90. Estima-se que em 2020 a população com mais de 60 anos no País deva chegar a 30 milhões de pessoas (13% do total), e a esperança de vida, a 70,3 anos (IBGE, 2000).

Os dados acima representam um retrato do que acontece com os países como o Brasil, que está envelhecendo ainda na fase do desenvolvimento ou considerados países periféricos. Já os países desenvolvidos tiveram um período maior, cerca de cem anos, para se adaptarem. O envelhecimento da população acrescenta um grande desafio para as políticas e serviços de saúde no Brasil. Como cumprir com os princípios e diretrizes propostos pelo SUS, diante de um novo segmento que cresce como o dos idosos? Como estender aos mesmos os seus direitos de cidadão?

A importância dos idosos para o País, hoje, não se resume à sua crescente participação no total da população, boa parte desses idosos são chefes de família e nessas famílias a renda média é superior àquelas chefiadas por adultos não-idosos. Segundo o Censo 2000, 62,4% dos idosos e 37,6% das idosas são chefes de família, somando 8,9 milhões de pessoas. Além disso, 54,5% dos idosos chefes de família vivem com os seus filhos (IBGE, 2000).

Quadro 4 - Estado Civil dos usuários e usuárias participantes na pesquisa, internados na Clínica II A e B do HUWC. Fortaleza-Ceará. 2005.

Estado Civil	Nº	%
Solteiro (a)	13	26

Casado (a)	26	52
Outros (a)	11	22
Total	50	100

Quanto ao estado civil dos usuários e usuárias pesquisados, consideramos como casado às pessoas que mantinham uma união consensual estável e também aquelas que dividiam o mesmo teto com o (a) companheiro (a). A grande maioria das usuárias e usuários eram casados ou casadas, 26 deles representando 52% do total dos participantes da pesquisa, seguido de 26% de solteiros, ou seja, 13 deles.

De acordo com o relatório que documenta as conclusões de uma revisão das questões de gênero no Brasil realizada pelo Banco Mundial em 1999 e atualizada em 2001, as mulheres casadas trabalhadoras enfrentam mais riscos e problemas específicos de saúde em relação aos homens. Em um outro estudo financiado pelo Centro de Pesquisa do Desenvolvimento Internacional-IDRC realizado com uma amostragem de mulheres procedentes da região Nordeste do Brasil, os resultados demonstraram que elas trabalham mais horas do que os homens e, como tal, são mais vulneráveis aos riscos de saúde. As dores de cabeça que as mulheres classificaram como o seu sofrimento mais freqüente, podem ser causadas pela fadiga, tensão emocional, acúmulo de afazeres e preocupações com a família (Fischer & Albuquerque, 1997).

Encontramos também alguns estudos que relataram que, quem vive sem companhia fica doente com mais facilidade. A falta de um parceiro contribui para que o solitário tenha um dia-a-dia desregrado, com menos rotina, o que do ponto de vista orgânico pode ser maléfico. Câncer de fígado, de pulmão e diabetes são doenças mais comuns em quem vive só do que quem mora com a família.

Quadro 5 – Renda Familiar dos usuários e usuárias participantes na pesquisa, internados na Clínica II A e B do HUWC. Fortaleza-Ceará. 2005.

Renda Familiar (em salários mínimos e em Reais)	Nº	%
≤ 2	31	62
$2,5 \leq RF \leq 5,5$	17	34
≥ 6 salários mínimos	02	4
Total	50	100

No que diz respeito à renda familiar dos usuários e usuárias participantes da pesquisa a maioria, 31 deles (62%), possui renda familiar inferior a dois salários mínimos²². Outro fato que podemos observar também é que 48 deles (96%) possuem renda familiar no intervalo compreendido entre zero e cinco e meio salários mínimos.

Não podemos desvincular a situação social e econômica desses indivíduos das condições de sobrevivência em que se encontram suas famílias. Os dados apresentados exibiram um quadro que não deixa dúvidas sobre a necessidade do Estado brasileiro oferecer a essa parcela da população a infraestrutura de serviços sociais básicos, entre eles programas de incentivo a aquisição de moradia, alimentação, etc, hoje atendidos em parte, mas com graves denúncias como o Programa Fome Zero que incorporou o Bolsa Família, destinado a famílias carentes. Está comprovada a associação da doença com a baixa renda familiar, escolaridade, trabalho e consequentemente as necessidades básicas não atendidas, consideradas como condição *sine qua non* para ser cidadão.

Quadro 6 – Escolaridade dos usuários e usuárias participantes na pesquisa, internados na Clínica II A e B do HUWC. Fortaleza-Ceará. 2005.

Escolaridade	Nº	%
Ensino Fundamental incompleto	33	66
Ensino Médio	15	30
Superior	02	4

²² Salário mínimo vigente de julho a setembro de 2005, R\$ 300,00 reais.

Total	50	100
--------------	-----------	------------

Com relação à escolaridade dos participantes do estudo, observamos que a maioria, 33 deles, possuía o ensino fundamental incompleto. Consideramos os usuários e usuárias que apenas assinavam o nome e liam algumas palavras, como alfabetizados e eles foram incluídos no ensino fundamental incompleto. Seguimos o parâmetro adotado pelo IBGE (IBGE, 2000), para esta classificação.

O conceito de analfabetismo para o IBGE, responsável pela Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios-PNAD²³ e para o MEC são distintos.

O MEC usa o referencial de anos de escolaridade para definir quem é a pessoa alfabetizada. A pessoa escolarizada para o MEC é aquela pessoa que cursou o primeiro segmento do ensino fundamental (1ª a 4ª série). Assim, podemos considerar que ela tem bom domínio da língua, na escrita, na leitura e dos cálculos matemáticos. De acordo com parâmetros do MEC, quem tem domínio básico do idioma e das quatro contas básicas da matemática, mas não aplica esse conhecimento no seu cotidiano, é considerado analfabeto funcional. Mas para efeito da avaliação das taxas de analfabetismo, o IBGE considerou como alfabetizada a pessoa capaz de ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma. Não entrando no mérito da questão que é complexa, para nós é importante afirmarmos e isso é de domínio comum, que a escolaridade é condição indispensável, entre outros fatores, para obtenção de informação e conhecimentos sobre os direitos a saúde. É pré-requisito para cidadania.

Quadro 7 – Procedência dos usuários e usuárias participantes na pesquisa, internados na Clínica II A e B do HUWC. Fortaleza-Ceará. 2005.

²³ PNAD-Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios é uma pesquisa brasileira anual de domicílios realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000). A

amostra é representativa de todo o território nacional, com exceção da área rural na região Norte, a qual é coberta somente nos anos de censos.

Procedência	Nº	%
Capital	19	38
Interior	31	62
Total	50	100

Com relação à procedência observamos que 31 usuários e usuárias que corresponde a 62% do total de usuários e usuárias internados na Clínica IIA e IIB são oriundos do interior do Estado do Ceará, e que 19 deles e delas correspondendo a 38% do total, residem na capital. Esse dado pode ser explicado pelo fato da unidade hospitalar estudada atuar como hospital de referência no SUS realizando além de consultas médicas em todas as especialidades, exames complementares os mais modernos e sofisticados, cirurgias e ainda funcionando como o maior centro de transplantes do Norte e Nordeste. O hospital é considerado no SUS uma unidade de atendimento no nível terciário de assistência²⁴, isto é, que se destina a receber todo e qualquer tipo de caso, por mais complexo que ele seja. A procedência de usuários do interior 31 (62%) pode configurar a precariedade desse atendimento terciário fora da capital do Estado. O dado é claro e mostra o deslocamento da população em busca de assistência, que representa outro direito do cidadão assegurado pela magna carta.

Quadro 8 – Profissão/Ocupação dos usuários e usuárias participantes da pesquisa, internados na Clínica II A e B do HUWC. Fortaleza Ceará. 2005.

Profissão/Ocupação	Nº	%
Dona de Casa	17	34
Estudante	08	01

²⁴ No caso do HUWC, é possível dizer que os princípios de regionalização, hierarquização e universalização, previstos pelo SUS, estão sendo considerados.

Agricultor	09	18
Montador	01	02
Operador de Máquinas	01	02
Digitador	01	02
Comerciante	01	02
Motorista	01	02
Desempregado	02	04
Artista Plástica	01	02
Manip.Prod.Químicos	02	04
Atendente de enfermagem	01	02
Professora	01	02
Ambulante	01	02
Corretor de imóveis	01	02
Bordadeira	01	02
Pedreiro	01	02
Total	50	100

No que se refere à ocupação/profissão dos usuários internados os resultados se apresentaram bastante heterogêneos, indicando uma variedade muito grande de profissões/ocupações que apresentam pouca qualificação, o que leva inevitavelmente a uma baixa remuneração, acreditamos que seja um resultado da baixa escolaridade. O que podemos deduzir é que na grande maioria de usuários e usuárias da pesquisa, são pessoas de baixa renda. A ocupação de dona de casa apareceu como dominante ocupando 34% do total, 17 delas, seguida pelo agricultor (a) e estudante, com representação de 18% (9) e 16% (8) respectivamente. Buscamos na literatura e encontramos estudos como os de Wamala (2001), Mukhopadhyay (1989) e Waldron (1986), autores que sugerem que as donas de casa apresentam piores condições de saúde quando comparadas às mulheres com inserção no mercado de trabalho. Constatação que encontra indícios de comprovação no grupo de usuários e usuárias entrevistadas nesse estudo.

Podemos dizer que as variáveis entre sexo, idade, escolaridade, profissão e renda, funcionam como uma cascata de dominós, em termos de projeção e círculo que se fecha e indica usuários e usuárias sem muitas chances de qualidade de vida, a maioria sem conhecimentos dos seus direitos de cidadãos e consequentemente exigência de efetivação dos mesmos.

5.3 Perfil dos acompanhantes e visitantes participantes na pesquisa

No grupo de acompanhantes houve a predominância do sexo feminino representando 38 delas (76%) dos participantes da pesquisa.

Quadro 9 – Sexo dos acompanhantes e visitantes dos usuários internados na Clínica II A e B do HUWC. Fortaleza-Ceará. 2005.

Sexo	N°	%
Feminino	38	76
Masculino	12	24
Total	50	100

Esse resultado encontra apoio nos estudos de Ortner (1979) que acredita que existem razões para que a mulher seja associada naturalmente ao papel de cuidadora. Para o autor existe relação com o fato de a mulher ser considerada como mais próxima à natureza e consequentemente associada aos cuidados, à vida, à morte. Silva (1996) aponta outro fator significativo para explicar esse fato. O autor relata que quando filhos e filhas moram longe dos pais, são as filhas que tradicionalmente mantêm contato com o sistema familiar. São também as filhas que assumem o papel de cuidadoras, quando isso se faz necessário. Os filhos homens, por outro lado, quando moram perto dos pais, em geral se tornam cuidadores à revelia, isto é, quando não existe nenhuma mulher para assumir esse papel. Woortmann (1987) reforça essa posição ao referir que são as mulheres que normalmente procuram e cuidam dos laços de parentesco, são elas que mantêm forte essas relações na família.

O papel de “cuidador” é associado predominantemente ao imaginário feminino, a figura feminina, a mulher, acreditamos que desde que o mundo é mundo, e as teorias sobre gênero já trazem explicações sobre estas atribuições. Daí acreditamos ser esse percentual significativo no universo feminino encontrado nos acompanhantes e visitantes dos usuários e usuárias internados.

Quadro 10 – Idade dos acompanhantes e visitantes dos usuários internados na Clínica II A e B do HUWC. Fortaleza-Ceará. 2005.

Idade (anos)	Nº	%
13 -32	18	36
33 – 52	22	44
53 – 72	09	18
≥ 73	01	2
Total	50	100

Observamos o quadro acima e verificamos que assim como no caso dos usuários internados, os acompanhantes e visitantes 22 deles (44%) se encontram na faixa etária compreendida entre 33 e 52 anos. Acompanhantes e visitantes jovens também são destaques no grupo, 18 deles (36%), na faixa etária compreendida entre 13 e 32. Observamos que na grande maioria o usuário ou usuária era acompanhado (a) por uma filha, o que encontra apoio nos estudos de Silva (1996) que refere que a filha sempre acompanha o pai ou a mãe e na falta desta, outra mulher da família exerce essa função. Também é importante observarmos que mesmo as usuárias casadas, não eram acompanhadas pelos maridos. Tal condição podemos atribuir ao fato do marido se encontrar trabalhando ou também ao fato de que os homens não se vêem como cuidadores e acabam transferindo essa função para as mulheres da família, de preferência as filhas.

Quadro 11 - Escolaridade dos acompanhantes e visitantes dos usuários internados na Clínica II A e B do HUWC. Fortaleza-Ceará. 2005.

Escolaridade	Nº	%
Ensino Fundamental incompleto	23	46
Ensino Médio	21	42
Superior	06	12
Total	50	100

Quando somamos ensino fundamental e ensino médio encontramos 44 (88%) dos acompanhantes e visitantes, quase a sua totalidade. Quando confrontamos a escolaridade dos usuários e usuárias e a desse grupo pudemos notar que acompanhantes e visitantes apresentam um nível de escolaridade superior aos usuários e usuárias internados, fato que nos leva a crer que exista uma situação muito comum onde às pessoas que moram no interior do Estado, quando adoecem e têm família na capital, normalmente essa possui uma escolaridade maior e conseqüentemente desfrutam de melhores condições de vida, e prestam assim a sua ajuda, nessa e em outras situações. Para sustentar nosso esse raciocínio, Bilac (1995) reforça a existência e a importância da solidariedade entre as pessoas das classes populares, e o quanto essa realidade é mais freqüente do que imaginamos. Ainda de acordo com os estudos de Woortmann (1987) e Jelin (1995) que afirmam que as dificuldades surgidas devido a doença aproximam os familiares, e mais uma vez Woortmann (1995) afirma que as pessoas procuram sempre se fixar próximos aos parentes, justamente procurando garantir uma maior proximidade e facilidade de contato em caso de necessidade, e isso é particularmente comum nas classes populares, dado ao grau de dificuldade destes e aos poucos recursos materiais de que dispõem para conseguirem autonomia na solução de seus problemas de saúde, principalmente.

Quadro 12 – Estado Civil dos acompanhantes e visitantes dos usuários internados na Clínica II A e B do HUWC. Fortaleza-Ceará. 2005.

Estado Civil	N º	%
Solteiro (a)	16	32
Casado (a)	29	58

Outros (as)	05	10
Total	50	100

Quanto ao estado civil, consideramos como casado as pessoas que mantinham uma união consensual estável e também aquelas que dividiam o mesmo teto com o (a) companheiro (a). A grande maioria dos acompanhantes e visitantes era casada, representando 29 deles (58%) do total dos participantes da pesquisa seguidos de 16 (32%) de solteiros, e 05 (10%) foram os outros participantes que aqui foram representados pelos viúvos ou viúvas, divorciados e divorciadas.

Quadro 13 – Renda Familiar dos acompanhantes e visitantes dos usuários internados na Clínica II A e B do HUWC. Fortaleza-Ceará. 2005.

Renda Familiar em Salários Mínimos e em Real	Nº	%
Até 2 salários mínimos	27	54
2,5 - 5,5 salários mínimos	17	34
≥ 6 salários mínimos	06	12
Total	50	100

No que diz respeito à renda familiar dos acompanhantes e visitantes participantes da pesquisa a maioria 27 deles representando 54 % do total possui renda familiar inferior a dois salários mínimos e 23 (46%)²⁵ de usuários e usuárias possuem renda familiar no intervalo compreendido entre dois e meio e cinco e meio salários mínimos. Uma observação que nos chama a atenção é o fato de 6 deles (12%) dos acompanhantes e visitantes possuírem renda familiar igual ou acima de seis salários mínimos, o que vem concordar com a análise realizada no quadro 11: maior escolaridade, conseqüentemente melhor renda salarial. Ao que podemos também relacionar ao quadro 15, de

²⁵ O salário mínimo vigente de julho a setembro de 2005, era R\$ 300,00 reais.

profissões/ocupações, onde 25 deles têm empregos no mercado formal, para 13 de usuários e usuárias internados.

Quadro 14 – Procedência dos acompanhantes e visitantes dos usuários internados na Clínica II A e B do HUWC. Fortaleza-Ceará. 2005.

Procedência	Nº	%
Capital	36	72
Interior	14	28
Total	50	100

Observando o quadro 14 podemos notar que a maioria dos acompanhantes e visitantes 36 deles (72%) são oriundos da capital, esse dado vem respaldar a análise que fizemos no quadro 6 quando apresentamos a procedência dos usuários e usuárias e identificamos que a maioria é oriunda do interior, e mais uma vez respaldamos as análises feitas nos quadros 11 e 13 respectivamente.

Quadro 15 – Profissão/Ocupação dos acompanhantes e visitantes dos usuários internados na Clínica II A e B do HUWC. Fortaleza-Ceará. 2005.

Profissão/Ocupação	Nº	%
Dona de Casa	11	22

Estudante	02	4
Agricultor	02	4
Vendedora	01	2
Func. Pública	02	4
Babá	01	2
Soldador mecânico	01	2
Motorista	01	2
Desempregado	06	12
Professora	03	6
Cobrador de ônibus	01	4
Atendente de enfermagem	01	2
Assist. administrativo	02	4
Administrador	01	2
Porteiro	01	2
Músico	01	2
Zelador	01	2
Costureira	02	4
Copeira	05	10
Jornaleira	01	2
Faxineira	01	2
Garçom	01	2
Atendente de Consultório	01	2
Artesã	01	2
TOTAL	50	100

Quando analisamos a situação ocupacional dos usuários e usuárias encontramos que 2 deles (4%) estavam desempregados. No caso dos acompanhantes podemos observar que apesar de terem ocupações e profissões que teoricamente, são mais bem remuneradas encontramos um percentual de desempregados mais elevado, igual a 12% (6) deles.

No Brasil, é grande a preocupação dos trabalhadores, dos sindicatos, das autoridades e dos estudiosos de problemas sociais, a despeito de não possuímos dados precisos sobre o desemprego, isto porque, enquanto o IBGE

fala em taxa de 12%, a Fundação Seade/Dieese²⁶ fala em 18% na região metropolitana da Grande São Paulo, por exemplo. Essa é uma realidade que está muito próximo de cada um de nós. O desemprego causa vários problemas para o desempregado, para a família e para o Estado. Para o cidadão desempregado e sua família, o desemprego provoca insegurança, a indignidade, uma sensação de inutilidade para o mundo social. Ao relacionarmos renda, escolaridade, profissão/ocupação, não podemos esquecer também do cenário econômico mundial incluído nele o brasileiro, que exige qualificação cada vez maior para uma oferta de empregos (trabalho) que é menor, mas que também se diversifica exigindo outros atributos ou qualificações desse trabalhador.

A apresentação do perfil dos entrevistados: usuários e usuárias internados e dos acompanhantes e visitantes, sujeitos participantes desse estudo, teve o objetivo de caracterizar esse sujeito, na tentativa de melhor entendermos ou compreendermos sua percepção enquanto usuários (as), do direito a saúde como uma questão de cidadania.

6. Tratamento e análise do material coletado nas entrevistas, no Teste de Associação Livre de Palavras e na Observação Livre.

²⁶ Fundação Seade/Dieese - Fundação Estadual do Sistema de Análise de Dados/ Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Os dois Órgãos, entre outras atividades, pesquisam a condição de vida nas diversas regiões do Brasil.

Nesta parte da dissertação apresentamos as análises das falas dos usuários e usuárias internados que participaram da pesquisa, As falas nos permitem uma aproximação com o sujeito entrevistado e consequentemente nos permitem conhecer como ele se posiciona e como participa direta ou indiretamente do processo de construção do direito à saúde como uma questão de cidadania.

A transcrição das entrevistas foi o primeiro passo para a análise dos dados coletados na pesquisa. Representou o primeiro contato que tivemos com o material coletado e aí pudemos refletir um pouco sobre essa experiência. As entrevistas foram transcritas na íntegra e em todas elas procuramos respeitar a coloquialidade das falas, pois cada entrevista mostra um pouco do entrevistado ou entrevistada. Na transcrição procuramos ser o mais fidedigno possível, com os significados do não dito, que foi expresso em risos, engasgos, silêncios, hesitações, olhos marejados de lágrimas e até mesmo choro. Na conclusão dessa etapa do trabalho pudemos ter uma compreensão da fala de cada um e de todas no conjunto.

Após as transcrições, partimos para a análise das entrevistas, submetidas às indagações prévias, a fim de detectarmos os tópicos gerais, comuns ou, ao contrário, verificarmos linhas de diferenciação coletivas a partir de diferentes modos de pensar.

A análise do material colhido nas entrevistas levantou um grande volume de informações que após sucessivas leituras e classificações, toma forma organizada em torno do que poderíamos considerar grandes temas, por meio dos quais, procuramos apreender nosso objeto.

Logo em seguida procedemos à recomposição de cada entrevista como uma totalidade singular, para a compreensão dos significados e a construção de um corpo coerente de questões onde cada depoimento é uma unidade dialética, um fragmento de realidade, representativo de diferentes compreensões do direito à saúde como uma questão de cidadania.

O segundo passo foi analisar o direito à saúde como uma questão de cidadania através do Teste de Associação Livre de Palavras. Deixamos claro aqui, que essa seqüência foi para a análise do material coletado na entrevista e não a seqüência obedecida para utilização das técnicas empregadas na metodologia como um todo.

O terceiro passo foi proceder à análise dos dados obtidos através da observação livre. Que apesar de ter sido o primeiro instrumento utilizado para a coleta dos aqui será o último a ser analisado.

6.1 Análise do material coletado nas entrevistas: descrição e análise das categorias e subcategorias

Os depoimentos coletados nas entrevistas realizadas com os sujeitos da pesquisa foram organizados em cinco categorias e dezenove subcategorias para facilitar as análises. As categorias e suas respectivas subcategorias relacionadas ao conceito de saúde e fatores de risco para saúde, foram trabalhadas no sentido de conhecermos um pouco sobre esta compreensão do sujeito e a relação estabelecida no risco, com o objetivo de adentrarmos nesses significados, trabalhando melhor com as categorias e subcategorias relacionadas a saúde numa perspectiva social e saúde como direito de cidadania, mais relacionadas diretamente ao objeto de investigação desse estudo e finalmente fecharmos com o paralelo estabelecido pelo próprio sujeito entre o sistema de saúde previdenciário - INPS e o SUS (Quadro 16), categoria surgida nas entrevistas, onde usuários e usuárias na tentativa de perceberem esse atendimento proposto pelo SUS, terminaram por compará-lo com o recebido anteriormente quando o sistema era INPS.

Quadro 16 - Distribuição das categorias e subcategorias para análise dos depoimentos dos usuários e usuárias internados (as) na Clínica II A e B do HUWC. Fortaleza-Ceará. 2005.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Conceito de Saúde	1.1 Elo entre saúde e vida 1.2 Saúde numa dimensão espiritual

2. Fatores de riscos para saúde	2.1 Conscientização sobre o que pode fazer e o que não pode fazer 2.2 Não adesão ao tratamento 2.3 baixa renda como fator risco 2.4 Trabalho como fator risco 2.5 Problemas do dia a dia como fator de risco
3. Saúde numa perspectiva social	3.1 Alimentação 3.2 Moradia 3.3 Água para consumo humano e saneamento básico 3.4 Educação 3.5 Procurar o médico quando adoecer 3.6 Problemas do cotidiano
4. Saúde como direito de cidadania	4.1 Efetivação do direito 4.2 A informação como direito 4.3 Percepção do direito 4.5 Relação profissional da saúde X usuário/usuária do serviço 4.6 Relação cidadão (ã) X cidadão (ã) 4.7 Participação social
5. Paralelo entre o sistema de saúde previdenciário - INPS e o SUS	

Categoria 1: conceito de saúde

Nos depoimentos dos sujeitos entrevistados a saúde aparece como um conceito que abrange várias dimensões da vida ativa do indivíduo, conceito esse que ultrapassa bastante a dimensão biológica. Assim, o conceito de saúde pode ser analisado sob duas dimensões: a coletiva e a individual. Quando formulamos as questões sobre saúde tivemos a pretensão e o objetivo de conhecer o que os entrevistados e entrevistadas pensavam sobre saúde, a fim de que pudéssemos compreender as concepções que eles e elas possuem sobre sua própria saúde, da sua família, e como essas concepções ultrapassam o individual e chegam até às lutas pela saúde e a exigência do direito à saúde como uma questão de cidadania. Essa compreensão vai encontrar apoio nas análises de outros autores entre eles Silva (1992, p.33) que entende que:

... a saúde se constitui elemento essencial da vida humana. É um processo que possui dimensões individual e coletiva, enquanto vivenciados de forma pessoal, porém determinadas em relação socialmente estabelecidas. A saúde tem uma dimensão coletiva, enquanto condicionada pela estrutura social que determina as condições materiais do viver humano, e cria as concepções que conferem significado a tais condições: por sua vez em sua dimensão individual, ela mostra-se como incorporação dessas condições e concepções sentidas e expressadas de modo diferenciado a nível pessoal”.

Encontramos apoio ainda no conceito de saúde enquanto promoção da saúde, embutido na carta de Ottawa (1986, p. 17) que refere:

... a saúde se cria e se vive no marco da vida cotidiana: nas escolas, no trabalho e no lazer. A saúde é resultado dos cuidados que dispensamos a nós mesmos e aos demais. “É a capacidade de tomarmos decisões e controlarmos a própria vida e de assegurarmos que a sociedade em que vivemos ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozarem de bom estado de saúde”.

Nesse sentido, consideramos que mesmo sendo vivenciada de forma particular, a saúde adquire significado nas relações sociais, e que, sua dimensão coletiva se encontra inserida na dimensão individual, tendo ou não o indivíduo consciência desse fato. O SUS quando determina, entre outros princípios, a universalização do atendimento e o direito universal da equidade, definido pela Constituição Federal, de 1988, atende aos valores de cada sociedade e se insere nessas dimensões. Da mesma forma quando determina o acesso a todos os níveis, a qualidade e a disponibilidade desses bens para toda a população. Na nossa realidade de século XXI, pós-modernidade, democracia, cidadania, conceitos complexos, mas propostos sempre em discursos e leis, o pronto atendimento a intercorrências clínicas, com garantia de qualidade e atenção humanizada, acesso aos serviços e a todos os recursos tecnológicos necessários para a defesa da vida, tornam-se uma constante no cenário e assim um direito e uma exigência a ser cumprida.

Essas várias dimensões do fenômeno saúde emergiram nos discursos dos sujeitos entrevistados, a partir de referências feitas ora sobre a etiologia das doenças ou a sua conceituação mais direta no seu entendimento de saúde, ora em sua relação com fatores mais amplos, e assistência recebida no hospital.

Subcategoria 1.1: elo entre saúde e vida

Nos discursos sobre o significado de saúde aparece a primeira categoria: a ligação entre o conceito de saúde e a própria vida do sujeito entrevistado, mostrando assim, que na visão dele, estar com saúde pressupõe uma capacitação do indivíduo para todas as realizações da vida.

... Saúde é tudo de bom, quando se tem saúde, tudo é bom **(Daniel)**.

Eu acho que a maioria das pessoas se alimenta mal e por isso não tem saúde **(Ester)**.

... Saúde começa já no País onde a gente vive. A alimentação, as condições de vida, né...? A saúde já começa tudo pelo Governo, ele deve dar uma boa alimentação, boas condições de vida para as pessoas, boa assistência sócio econômica, muitas vezes as pessoas adoecem porque não têm condições de ter aquele leite, aquela vitamina, pra mim é isso, saúde é um processo **(Marta)**.

Saúde significa tudo de bom que a pessoa tem na vida, quando a pessoa tem
saúde tem tudo na vida **(Sara)**

Saúde é tudo. Saúde é importante na nossa vida. Sem saúde a gente não chega a lugar nenhum **(Paulo)**.

Saúde é tudo, pra mim saúde é tudo **(Marcos)**.

Ah! Saúde pra mim é tudo. Tô doido pra ir pra casa. Pra sair daqui **(João)**.

Saúde é muito importante. Ter saúde é o essencial. A gente pode ter muito dinheiro, mas não tendo saúde não tem nada. Na minha casa era assim, quando eu tinha minha saúde eu tinha tudo. Saúde é tudo de bom. Quando eu tinha saúde eu podia fazer tudo **(Lia.)**.

Saúde é uma coisa muito importante, acho que pra todo mundo. Eu queria
ter a minha saúde **(Filipe)**.

Ah! é muito bom a gente ter saúde, porque a gente pode fazer o que quer e o que gosta, e tudo pode, só isso né? **(Isabel)**.

Saúde é viver bem, é viver feliz, saúde é isso **(Eunice)**.

Saúde é trabalhar, né? Ter saúde é trabalhar, quem não tem saúde, não pode né? (Raquel).

Saúde é tudo. É você estar bem, é estar em casa, é estar trabalhando, estar com a família, não estar no hospital, para mim saúde é tudo. É tudo que a gente precisa. Saúde mesmo é poder fazer tudo (Mateus).

Saúde é uma coisa muito boa né? A pessoa ter saúde, a pessoa ter saúde, a pessoa pode trabalhar, se divertir, a pessoa sem saúde não é ninguém (Abigail).

A condição de “doentes” reforça esta relação sentida e experienciada, também pelos acompanhantes. O ambiente hospitalar, o sofrimento, a doença, a fragilidade humana, abrem também espaços para a configuração de um universo que transcende o próprio espaço e a vida. Aproximações a religião, a religiosidade, o apoio espiritual, que são uma busca constante, como fator de compreensão do que se passa e sobretudo de resignação, é identificado.

Subcategoria 1.1: saúde numa dimensão espiritual

Alguns entrevistados atribuem uma dimensão espiritual, e colocam a saúde e a doença, no arbítrio de um ser superior: Deus ou Jesus Cristo.

Saúde é você saber ficar em paz consigo mesmo e com Deus, pra mim saúde não é você não estar doente, é você não estar triste, a tristeza é muito ruim, num é? Não ter saúde num é só você estar no hospital internada não, quantas mulheres elas estão em casa e são infelizes, frustradas, com depressão, isso não é saúde, não estão no hospital internadas, estão em casa, no seu dia a dia, mas a gente também não pode dizer que elas têm saúde, pode ? (Betânia).

Saúde? Saúde é estar com Deus, com Jesus Cristo. O meu primeiro médico é Jesus Cristo e o segundo é esse aí que estuda e cuida da gente. “Só assim a gente tem saúde” (Dalila).

Saúde espiritual é mais importante, né? Estar bem com Deus, com a vida ser alegre, assim você já melhora o seu estado físico, porque você doente, triste. Você va piorando... piorando... Tem que estar bem com Deus pra ter saúde e estar bem com a vida (Ana).

A saúde e também a doença, eu já coloquei na minha cabeça que tudo que vem, é mandado por Deus e a gente tem que aceitar tudo do jeito que vem então não tem que estrebuchar. Tudo seja pelo amor de Deus. Já está feito e a gente tem mais é que aceitar a coisa. Eu tenho esse ponto de vista (Judite).

Saúde? Deus é quem dá, a quem ele quer. Eu tive há pouco tempo com meu filho no hospital ele passou bem uns 11 dias morto na UTI, Deus deu a vida a ele de novo por Isso eu digo que Deus é bom e tá dando mais sabedoria ao pessoal dele, né? (Susana).

Categoria 2: fatores de risco para a saúde

A categoria fatores de risco para a sua saúde emergiu como uma preocupação nos depoimentos dos sujeitos entrevistados como um “policiamento” que eles dispensam a si mesmos para tentarem manter a sua saúde, deixando de fazer algumas coisas que poderiam piorar o seu estado e até a conscientização do que pode e o que não pode ser feito, para evitar os excessos e ficar doente. Essa categoria é composta de seis subcategorias que são 1. conscientização sobre o que pode fazer e o que não fazer pra ter saúde. 2. Não adesão ao tratamento 3. O fumo e o álcool como fator de risco. 4. Baixa renda como fator de risco. 5. O trabalho como um fator de risco e 6. O dia a dia como um fator de risco.

Subcategoria 2.1: conscientização sobre o que pode fazer e o que não pode fazer para ter saúde.

Na subcategoria conscientização sobre o que pode fazer e o que não pode fazer pra ter saúde evidenciam nos depoimentos dos entrevistados o quanto é importante assumir a responsabilidade de cuidar do próprio corpo. E o entendimento de que é muito mais sensato tratar e cuidar de todas as partes do corpo do que esperar necessitar de atenção médica, desde que estejamos supridos das condições necessárias para tal.

*Antes de eu ter a TVP (Trombose Venosa Profunda), eu comia só tudo achava que nada me fazia mal. A TVP veio mudar meus hábitos de vida. Hoje “me seguro” pra não sair da comida saudável **(Betânia)**.*

*Bebida, eu bebo muito pouco e não fumo. A alimentação era muito descontrolada, eu comia muita gordura, mas eu tenho pressão alta, e o Doutor disse que eu tenho que cuidar mais da minha alimentação, e agora eu cuido muito, mas eu quase não bebo não fumo. Eu venho tendo mais cuidado **(João)**.*

*Hoje eu faço tudo direitinho... Eu lembro logo da minha vida, que eu tenho que cuidar da minha vida porque se eu não cuidar da minha vida, ninguém vai cuidar, só eu sou o responsável por ela **(Marcos)**.*

*Às vezes eu penso: Meu Deus do Céu será que foi tanto cigarro que eu fumei, será que foi a preocupação com alguma coisa e eu acho que é nada, mas o organismo sofre sem a gente saber. Eu penso muito nisso nos últimos tempos. **(Judite)**.*

*È né, depois que a gente adocece a gente fica pensando em tomar mais cuidado para não adoecer, procura ter mais qualidade de vida, né? **(Mateus)***

*Eu sigo minha dieta, evito coisa gordurosa, como mais verduras, mais frutas, para evitar adoecer. Porque eu acho a nossa saúde muito importante na nossa vida **(Rute)**.*

Hoje eu procuro me alimentar bem, jogo minha bolinha, faço toda atividade física, não fumo mais, bebo muito pouco, mas é muito difícil, é mesmo um sacrifício, mas é o jeito senão... (Paulo).

Uma outra preocupação que aparece nos depoimentos destes sujeitos entrevistados é a de não fazer coisas que poderiam ser consideradas nocivas ou danosas para sua saúde, como o abuso de algumas substâncias que acarretam distúrbios considerados graves, entre eles a gula, comidas gordurosas, o álcool, o fumo, as drogas e outros. Há, entretanto àqueles sujeitos que já são portadores de doenças crônicas degenerativas como hipertensão, diabetes, osteoporose ou câncer, e que não seguem à risca a dieta prescrita pelo profissional de saúde, a seguir a versão sobre essa preocupação dos sujeitos.

Subcategoria 2.2: não adesão ao tratamento

O termo "*adesão*" ao tratamento deve ser visto como uma atividade conjunta na qual o paciente não apenas obedece às orientações do profissional de saúde, mas entende, concorda e segue a prescrição estabelecida por ele. Significa que deve existir uma "*aliança terapêutica*" entre o profissional e o usuário, na qual são reconhecidas não apenas a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também de todos que estão envolvidos, direta ou indiretamente, no tratamento. Segundo o dicionário Aurélio, (1988, p.15) adesão significa: "ato de tornar-se ou mostrar-se adepto". Para as pessoas envolvidas com tratamentos de saúde, a adesão se constitui no ato de tomar o medicamento prescrito na dose certa, horário correto, diariamente, de acordo com as recomendações médicas e seguir corretamente as dietas, fazer jejum, etc, por tempo determinado pelo médico.

Estudos mostram, e já é de domínio público, que algum grau de não-adesão ao tratamento ocorre universalmente, tanto em países ricos como em países pobres, ocorrendo mesmo em doenças que envolvem potenciais riscos de vida. Aqui temos alguns depoimentos de sujeitos da pesquisa que não aderem ao tratamento como um todo, "fugindo" às vezes das recomendações do profissional de saúde, relatando inclusive o motivo pelo qual mantêm esse comportamento.

... Tem muita coisa que eu como, que eu não posso comer e faço coisa que eu não posso fazer (Sara).

Eu faço todos os mandados do doutor. Ah! Mais xilitos, pipoca e comida salgada eu como na escola, mas ele diz que eu não posso comer, mas é muito ruim a gente ver todo mundo comendo, e só eu não posso. Só isso que eu faço (Isabel).

Eu sou diabética e tenho pressão alta, mas aqui e acolá eu preciso fugir um pouquinho da dieta, porque é muito ruim sabe? E eu não agüento (Ester).

A adesão é expressa na medida em que o comportamento do paciente correspondente à opinião, à informação ou ao cuidado médico, seguindo instruções para medicações, dietas e/ou fisioterapia (Drotar, 2000; Miller, 1997). Não-adesão é identificada pelo declínio da função o órgão tratado. A estimativa é de que aproximadamente 50% da população geral de portadores de doenças orgânicas crônicas não apresentam comprometimento adequado ou suficiente com o tratamento (Fennell, Foulkes, & Boogs, 1994). As falhas no tratamento médico, sem uma explicação plausível, estão associadas à descrença nos benefícios terapêuticos (Rapoff & Christophersen, 1982), ou a uma escolha racional do paciente (Miller, 1997). Dentre as estratégias mais utilizadas para melhorar a adesão estão os programas educativos. Estes programas procuram informar sobre características da doença e envolver no tratamento tanto os pacientes quanto seus familiares (Nolan, Desmond, Herlich, & Hardy, 1986).

A informação tem sido uma das estratégias mais usadas com o objetivo de conseguir a adesão de pacientes e familiares ao tratamento médico (Fennell, Foulkes, & Boggs, 1994). No entanto, podemos argumentar que a informação direta e objetiva não atende as exigências presentes na situação. Sustentamos, assim, a interpretação de Foley (1993), segundo o qual é a comunicação efetiva entre médico e paciente que favorece a adesão ao tratamento.

O momento de contato do usuário ou usuária com o profissional de saúde constitui uma experiência fundamental na formação do juízo que o sujeito elabora sobre a qualidade do atendimento que lhe é ofertado por um dado sistema de saúde ou pelas unidades que o integram. Do profissional de saúde espera-se não apenas prescrição eficaz, mas, também, um tipo de interação humanizada e personalizada, na qual o usuário se sinta alvo de dedicação pelo profissional. A exigência de certa cumplicidade entre usuário e profissional é necessária. Não possuindo conhecimento que permita avaliar do ponto de vista tecno-científico essa relação, os usuários tendem a valorizar especialmente a relação interpessoal, que se estabelecida, com o profissional enquanto este último realiza os procedimentos necessários ao diagnóstico e à prescrição terapêutica, facilita a sua adesão.

Sendo assim, a cordialidade do profissional, as demonstrações de interesse pela singularidade de cada caso, a disponibilidade de tempo para examinar, dar explicações e ouvir o paciente compõem um conjunto de requisitos que informam junto com a eficácia da intervenção. O cumprimento desses requisitos não objetiva apenas suprir as necessidades emocionais ou afetivas dos pacientes; antes, essa exigência integra um cálculo racional, coerente com a representação das condições ideais ao pleno exercício da competência tecno-científica dos profissionais. Como demonstra Boltanski (1984), quanto maior a distância cultural e econômica que separa o profissional de saúde do seu paciente, maior é a relevância que o contato interpessoal assume na avaliação que o paciente realiza sobre a qualidade da intervenção a que se está expondo.

Os critérios interpessoais adotados na avaliação que os pacientes elaboram, embora sejam insuficientes para uma avaliação profunda, remetem a aspectos que não podem ser desconsiderados na atenção à saúde. A tese do desapossamento do saber clínico pelos leigos não pode ser utilizada para deslegitimar os meios pelos quais estes conseguem manter algum controle, ainda que insipiente, sobre o poder exercido sobre eles.

O tempo de duração da consulta médica, por exemplo, pode não ser segundo critérios "técnicos", um bom indicador da competência e qualidade da intervenção clínica, contudo através dele se revelam aspectos importantes da

dimensão interpessoal do atendimento. Uma consulta que dure trinta minutos não será necessariamente mais eficaz do que outra que dure apenas dez.

Obviamente, a formação e a experiência do profissional de saúde e os recursos de que ele dispõe seriam indicadores mais seguros para a garantia da qualidade do atendimento. Todavia, a questão não está posta dessa forma. O que se coloca é que um profissional de saúde, seja qual for sua formação e experiência, terá oportunidade de realizar um melhor atendimento ao paciente na medida em que dispuser de um intervalo de tempo adequado para efetuar a investigação, o diagnóstico e a prescrição terapêutica. Se o profissional de saúde conseguir manter essa relação com o usuário, com certeza ele terá todo o tratamento clínico seguido à risca, ou seja, adesão a este.

Subcategoria 2.3: o fumo e o álcool como fator de risco.

Muito se tem discutido sobre o tabagismo e consumo de álcool no Brasil. O uso do tabagismo e do álcool tem-se constituído um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, pulmonares e neoplasias. Assim, os depoimentos dos sujeitos da pesquisa encontram reforço em muitos estudos realizados no Brasil e no mundo, que contribuíram para que fossem elaboradas leis para que a prática do fumo e da bebida alcoólica fossem controladas. Os gastos com fumo e o álcool, repercutem de forma exponencial no montante de recursos destinados aos serviços de saúde, para tratamento dos problemas de saúde surgidos pelo uso abusivo do álcool e do fumo. No Brasil, de acordo com estudos realizados pela Fundação Getúlio Vargas (FGV/MS 1996) a indústria do fumo movimentava aproximadamente US\$ 5,3 bilhões/ano em nosso país, produzindo receita fiscal de cerca de US\$ 3,8 bilhões, gerando faturamento e empregos, que não compensam os prejuízos causados à saúde dos fumantes e dos gastos com a assistência às suas vítimas. No país temos 30,6 milhões de fumantes, sendo que 2,7 milhões entre crianças e adolescentes até 19 anos.

Com relação a este grave problema algumas medidas oficiais foram tomadas. O Conselho Federal de Medicina, através da resolução Nº 440/71 de 26/03/1971 (CFM, 1971), considerando as Resoluções adotadas, na época, pela OMS e OPAS, resolveu "não permitir o uso do fumo durante reuniões de Diretoria, do Plenário e Comissões do Conselho Federal de Medicina"

(Publicado no D.O.U. de 11/06/1971-Seção-Parte II). A Sociedade Brasileira de Cardiologia vêm, há alguns anos, proibindo o uso do cigarro em toda a área científica e de exposições em seus congressos, iniciativa também seguida por suas regionais e outras sociedades médicas. A Lei Federal Nº 7.488/86 instituiu o dia 29 de agosto como o "Dia Nacional de Combate ao Fumo". A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, no seu Art. 220, § 4º, estabelece que "a propaganda comercial de tabaco, bebidas alcoólicas, agrotóxicos, medicamentos, e terapias estará sujeita à restrição legal".

Comemoramos no Brasil desde 1987 o "Dia Mundial sem Tabaco" em 31 de maio e a OMS estendeu em 1989 a sua comemoração a todo o mundo, dia que utiliza para desencorajar o consumo de tabaco, conscientizando governos, comunidades, instituições, empresas, grupos e indivíduos, dos danos causados, levando-os a adotar medidas para combatê-lo. O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Nº 8.069/90, no Art. 81, § 3º e no Art. 243, diz que "é proibida a venda a crianças ou adolescentes de produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica, ainda que por utilização indevida", como os produtos do fumo (Brasil, 1990).

Com a descoberta que os males do fumo não atingiam somente a saúde do próprio fumante, surgiu a constatação do "fumante passivo" e outras medidas foram também tomadas, incentivadas por outros países. O Ministério da Saúde através da Portaria Nº 1.050/90, de 8/8/1990, estabelece medidas advertindo os malefícios do fumo à saúde, dispõe sobre sua publicidade e proíbe ou restringe o seu consumo em determinados locais. Nessa Portaria, publicada no D.O.U. de 10/8/1990, páginas 15.253 e 15.254, fica proibida a prática do fumo em aeronaves nacionais. No Art. 4 fica proibida a prática do fumo em toda instituição de assistência à saúde, pública ou privada. O Art. 7 proíbe a venda de cigarros, cigarrilhas, charutos e produtos de fumo a menor de 18 anos. Além disso, regula a propaganda, estabelece normas de embalagem e normatiza sua vinculação pela mídia. Uma série de leis surgem em decorrência destas como:

- A Lei Federal Nº 9.294/96 que busca a preservação do ar nos ambientes internos e a proteção aos não fumantes, proibindo o fumo em recinto privado ou público, salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente. Destacam-se nas

disposições do artigo, as repartições públicas, os hospitais e postos de saúde, as salas de aula, as bibliotecas, os recintos de trabalho e as salas de teatro e cinema. O Decreto Nº 2.018 de 01/10/1996 regulamentou a Lei Nº 9.294/96, que dispõe sobre a restrição ao uso e propaganda de produtos fumígenos, definindo no Art. 4 que: "nos hospitais, postos de saúde, bibliotecas, salas de aula, teatro, cinema e nas repartições públicas federais somente será permitido fumar se houver áreas ao ar livre ou recinto destinado unicamente ao uso de produtos fumígenos". A Portaria Nº 2.818/98 de 28/5/1998 do Ministério da Saúde instituiu o Programa "Ministério da Saúde Livre do Cigarro", com a finalidade de elaborar e programar ações educativas destinadas a conscientizar os funcionários e os visitantes da instituição dos males provocados pelo uso do tabaco, em suas diversas formas, e a necessidade de manter em condições ideais de salubridade o ambiente de trabalho; e

- A Lei Nº 10.167 de 27/12/2000, altera dispositivos da Lei Nº 9.294/96, que dispõe sobre restrição ao uso e a propaganda de produtos fumígenos, onde no §2º e no Art. 2 veta completamente o uso destes produtos em aeronaves e demais veículos de transporte coletivo. No Art. 3 a propaganda comercial do fumo é restringida a pôsteres, painéis e cartazes na parte interna dos locais de venda. Uma série de leis que restringi o tabagismo em todas as formas coletivas de transporte, sem importar o tempo de duração da viagem nem a existência de locais para a prática do fumo. Assim, vemos que o país dispõe de legislação muito ampla que vem regulando o uso do fumo. As leis que foram estabelecidas pelos poderes executivo e legislativo devem ser acatadas e obedecidas, para que possamos realmente exercer a cidadania (equilíbrio entre direitos e deveres) em toda sua magnitude.

O álcool, assim como o fumo, também se constitui um fator de risco para a saúde de todos nós, uma vez que estudos científicos já comprovaram que as principais doenças não-transmissíveis, como doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica, neoplasias, diabetes mellitus, cirrose e lesões por acidentes e violências, vêm a cada dia ocupando um maior espaço

no perfil da morbimortalidade de populações latino-americanas (LITVAK et al, 1987). No Brasil, o grupo constituído pelas doenças cardiovasculares, câncer e lesões externas responde por 55% dos óbitos, sendo responsável por metade do financiamento público hospitalar do país (BRISCOE, 1989).

De acordo com a OMS apesar de haver muito ainda por ser esclarecido sobre os determinantes das doenças não-transmissíveis, vários fatores de risco susceptíveis a ações preventivas já estão bem definidos - entre eles fumo, hipertensão, obesidade, sedentarismo e ingestão de álcool. Dada a alta fração etiológica atribuível a esses fatores em vários países, estão em andamento ou em fase de montagem programas nacionais de prevenção, visando à redução de suas prevalências e conseqüentemente, do risco de doenças não transmissíveis (OMS, 1987).

Apesar de todos os estudos já relatados e muitos outros já realizados no mundo inteiro, ainda é muito grande o número de pessoas que aderem, por razões outras, ao fumo e ao álcool, e como poderemos observar nos depoimentos, essas pessoas acreditam que uma força poderosa, superior até a sua própria vontade, conduz a essa prática. Sabemos, no entanto que existe por parte dos fabricantes e comerciantes de fumo e álcool toda uma rede de sedução e uma propaganda preparada para angariar mais e mais adeptos. Acreditamos que somente uma forte conscientização por parte do consumidor e um trabalho de apoio, pois trata de uma dependência, é que fará com que ele abandone o fumo e/ou álcool, vícios freqüentes. O maior problema que encontramos é que essas pessoas justificam a vontade de permanecer no vício, e muitas vezes até quando adoecem, não conseguem superar o mesmo. Constatamos tal fato nos depoimentos:

... Em primeiro lugar é o fumo, depois a bebida, e depois... É uma coisa de dentro da gente, não consigo saber o que é (Daniel).

Eu acho que fumar beber, tudo isso ajuda a pessoa adoecer, mas é difícil muito difícil você evitar, parece uma coisa de genética (Paulo.)

É interessante observarmos que nesses depoimentos os sujeitos mostram-se já preocupados em assumir a responsabilidade de cuidar de seu

próprio corpo e expressam a dificuldade da mudança de hábitos que desenvolveram por anos e que hoje devido à enfermidade são obrigados a abandonar. Também é possível observar através dos depoimentos que os sujeitos conhecem as regras para o bem viver, a importância de uma vida regrada para a manutenção da saúde, o que deve ser feito e o que deve ser evitado para se manter saudável, claro que, pautado em padrões próprios aprendidos a duras penas ao longo da vida.

O alcoolismo constitui-se em um grave problema de saúde pública, sendo que cerca de 10% da população brasileira enfrenta sérios problemas relacionados ao uso excessivo de álcool, isto é, são dependentes desta substância psicoativa (LARANJEIRA & PINSKY, 1997). O álcool é uma das drogas mais utilizadas no país, chegando a ser consumida por mais de 70% dos adultos. Além disso, é o principal responsável pelos acidentes de maior gravidade e pelas mortes mais violentas (FERREIRA & LARANJEIRA, 1998).

O alcoolismo pode ser definido como uma síndrome multifatorial, com comprometimento físico, mental e social (EDWARDS & GROSS, 1976; EDWARDS et al., 1976). Os critérios diagnósticos atuais são baseados na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS (1993), e no Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais da Associação Norte-Americana de Psiquiatria (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). O consumo de bebidas alcoólicas faz parte da história da humanidade há milhares de anos. Nas populações do antigo Oriente Médio do quarto milênio antes de Cristo, as bebidas fermentadas já eram um elemento pelo qual as elites emergentes controlavam a produção de bens (incluindo os recipientes), estabeleciam símbolos de status e praticavam o comércio entre populações distantes (JOFFE, 1998).

A partir da Idade Média, as bebidas destiladas, que apresentam uma maior concentração de álcool, tiveram sua produção intensificada (VALLE, 1998). Assim, os problemas relacionados com o álcool se tornaram socialmente relevantes nos últimos séculos (BERRIDGE, 1990). Prevalência e problemas sociais relacionados com o alcoolismo são freqüentes e estima-se que mais de dois terços das pessoas em países ocidentais bebem mais do que apenas ocasionalmente (SCHUCKIT, 1991).

Nos Estados Unidos, aproximadamente 10% das mulheres e 20% dos homens preenchem critérios diagnósticos para abuso do álcool, e 3-5% das mulheres e 10% dos homens preenchem critérios para dependência ao longo da vida (KAPLAN *et al* 1994). Nos Estados Unidos, o risco de alcoolismo é influenciado por fatores sociais como o sexo, o nível socioeconômico, a profissão e a religião (SCHUCKIT, 1991). Assim como nos Estados Unidos, também na Suécia o risco é maior entre homens de nível socioeconômico mais baixo (HEMMINGSSON *et al.*, 1997).

No Brasil, um estudo de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas indicou que a prevalência combinada de abuso e dependência de álcool ao longo da vida seria de aproximadamente 8% no conjunto das amostras estudadas, representativas de São Paulo, Brasília e Porto Alegre. A avaliação em cada sexo revelou uma prevalência de 15-16% entre os homens e de 0-2,5% entre as mulheres (ALMEIDA-FILHO *et al.*, 1997). O programa nacional de controle dos problemas relacionados com o consumo do álcool (BRASIL/MS, 1987) estimou que no Brasil o alcoolismo seria: (1) a terceira principal causa de absenteísmo ao trabalho; (2) responsável pela ocupação de 9% a 32% dos leitos hospitalares e (3) relacionado com até 75% dos acidentes de trânsito. O uso do álcool pelas mulheres grávidas também merece atenção especial na saúde pública, devido à grande prevalência e ao dano por ele provocado. A incidência da forma completa da síndrome do álcool fetal, que envolve alterações no crânio, face e outras malformações, além de retardo mental e déficit de crescimento, é estimada em aproximadamente 2,8- 4,6 a cada 1000 nascimentos nos Estados Unidos. Esta prevalência sobe para 9,1 a cada 1000 se forem adicionados os casos de crianças com transtornos do desenvolvimento neurológico relacionado com o álcool, que não caracterizam a síndrome do álcool fetal (SAMPSON *et al.*, 1997). Este conjunto de problemas torna as consequências do uso de álcool pelas mulheres grávidas uma das mais importantes causas de retardo mental. Por este motivo, e pelo desconhecimento de uma dose limite segura, é recomendada a abstinência total de álcool durante a gravidez (ROBINSON & LINDEN, 1993).

Existe uma grande carência de estudos sobre a epidemiologia dos efeitos do álcool sobre o feto no Brasil, mas se acredita que ele represente um grande problema de saúde pública. O alcoolismo como problema multifatorial

genes ou ambiente – estes dois fatores sempre polarizaram as discussões sobre a causa do alcoolismo, mesmo antes do surgimento da genética e da psiquiatria modernas. No início do século 20, o movimento eugênico incluía o alcoolismo em um grupo de “degenerescências mentais” hereditárias (PESSOTTI, 1984). Este movimento era repleto de preconceitos, e os seus participantes propunham até a esterilização dos doentes mentais, para que não transmitissem os seus males para as gerações futuras. Paralelamente, surgiam à psicologia e a psicanálise, propondo, em contraposição, uma forte influência ambiental. Atualmente, a dependência química, assim como a maioria dos outros problemas mentais são incluídos na categoria das doenças multifatoriais (VOGEL; MOTULSKY, 1997).

Diante dessas considerações identificamos a parcela de contribuição do Governo, em programas que incentivam o abandono de vícios, entre eles principalmente o fumo, já que as conseqüências vão repercutir não só na qualidade de vida da população, como na alocação de recursos da União, para sanar os males por ele provocados.

Subcategoria 2.4: baixa renda como fator de risco

Alguns sujeitos relacionaram também como um fator que atrapalha a saúde, a falta de renda. Sem dúvida concordamos com esses depoimentos, uma vez que sabemos através de vários estudos já realizados, entre eles o de Castro (1980) e Chaves (1982), que comprovam que quem tem pouco dinheiro, tem pouca instrução, pouca qualificação para o trabalho e inúmeros problemas de saúde, questões já anteriormente levantadas na análise do perfil dos sujeitos da pesquisa. A pobreza tem múltiplas dimensões e muitas delas estão inter-relacionadas, dando origem a um círculo vicioso onde a falta de saúde, ou seja, a doença pode impedir as pessoas de trabalharem, reduzindo ainda mais os seus rendimentos e a sua capacidade de sair da pobreza. Os problemas de saúde do responsável pelo sustento da família afetam os rendimentos, e uma doença na família pode levar a desagregação, pois na família não só se perde um rendimento, as despesas aumentam, devido à necessidade de medicamentos e de cuidados de saúde originando também a necessidade de designação de algum membro da família para cuidar do doente. Este aspecto

da saúde é apenas um que contribui para o círculo vicioso da pobreza, doença e ignorância. Os depoimentos abaixo reforçam esse entendimento:

Eu não posso ter saúde se eu não tenho uma boa condição financeira. A falta de condição econômica, se a gente não tem dinheiro não pode se alimentar direito e conseqüentemente adoece e não tem assistência médica, também porque não tem dinheiro (Choro...) (Marcos).

A falta de dinheiro atrapalha muito, mas, muito mesmo. Porque quando falta o dinheiro falta a água, a comida, a limpeza, falta tudo (Rebeca).

A condição econômica, se você não tem dinheiro a pessoa adoece mais (João)

A falta de emprego, a renda é muito baixa (Choro...) (Pedro).

“O padrão de vida da população melhora quando os salários reais aumentam ou mantém o poder de compra, quando há boas condições de trabalho, quando os direitos sociais existem e são respeitados” esta afirmação de Valla & Stotz (1993, p.59), corrobora com nossas análises. Nesse caso os direitos de segunda geração estão sendo atingidos.

Subcategoria 2.5: trabalho como fator de risco

De acordo com o Comitê de Especialistas da OMS, além da contribuição das doenças profissionais específicas, outras consideradas tão importantes quanto essas, são as doenças em que o trabalho é fator contributivo, fator agravador ou fator provocador de distúrbios ou de doenças pré-existentes.

Os estudos mostram, no entanto, que o excesso de risco atribuível à ocupação possa ser devido mais a fatores causadores de stress decorrentes da organização do trabalho, incluindo o ritmo, a duração da jornada, o trabalho em turnos, a sobrecarga psíquica, do que propriamente à presença de agentes físicos ou químicos, ainda que seja conhecido agente que em longo prazo podem produzir hipertensão, como é o caso do chumbo. A relação tipo de trabalho e doença é percebida por alguns sujeitos entrevistados:

*Às vezes eu penso que meu trabalho pode atrapalhar a minha saúde, porque é um serviço pesado na roça, mas aí o Doutor diz que não, e aí eu agradeço a Deus porque eu não posso nem imaginar sem esse serviço (**Filipe**).*

*... Eu penso que o meu trabalho atrapalha muito a minha saúde porque é um trabalho muito pesado (**Eunice**).*

*Eu trabalho muito em casa, lavo, passo, faço todo o serviço e ainda vou pro roçado e quando volto da roça ainda tem mais trabalho pra fazer (**Abigail**).*

Permanece a relação saúde/ocupação/doença, bem como, a impossibilidade de desvinculação do trabalho que faz adoecer, pois não há qualificação do trabalhador muitas vezes para ir em busca de outro tipo de trabalho.

Subcategoria 2.6: problemas do dia a dia como fator de risco

Não fumar, se alimentar equilibradamente, não ingerir bebida alcoólica, evitar carnes vermelhas e gordurosas, praticar exercícios físicos regularmente, dormir oito horas por dia, ter a vida regrada, não cometer exageros e excessos, e outras tantas recomendações espartanas já comprovadas e também já de domínio público. Entretanto, as atitudes necessárias para um modo de vida politicamente correto, podem ser medidas que fazem viver mais, mas nem sempre, melhor. Viver mais, não significa viver melhor, ou seja, quantidade não é sinônimo de qualidade. A compreensão de vida com qualidade também é complexa e está ligada a determinações culturais, sociais, econômicas e até religiosas.

Afirmar que existia uma vinculação direta entre o humor e a boa saúde, há alguns anos atrás, para a ciência era uma heresia. Atualmente, a medicina em geral e a psiquiatria, em particular, estudam muito a importância do bom humor, dos bons sentimentos e da afetividade sadia na qualidade de vida e na saúde do indivíduo, principalmente na prevenção de doenças e como fator de melhor recuperação de moléstias graves, entre elas o câncer.

Hoje, no entanto, parece que, já não existe dúvida nenhuma sobre a relação que existe entre o estresse, seja ele físico ou emocional, e a saúde orgânica, incluindo o funcionamento do sistema imunológico e o desenvolvimento de alguns tipos de câncer. Hoje a psiconeuroimunologia, uma parte nova da medicina que estuda a maneira pela qual as emoções influem no sistema imunológico das pessoas, dedica-se a pesquisar os mecanismos de interação e comunicação entre a mente e os três sistemas responsáveis de manter o organismo equilibrado: o sistema nervoso, o imune e o endócrino. A comunicação entre esses três sistemas se produz através de substâncias químicas geradas por eles, como os hormônios, os neurotransmissores e as citocinas. Segundo as descobertas, os acontecimentos estressantes processados através da cognição da pessoa, ou seja, através do sistema de crenças e valores próprio de cada indivíduo, podem originar sentimentos negativos de cólera, raiva, depressão, falta de defesas e desesperança (BEM-ZUR, 2000).

As pesquisas sobre as contribuições do bom humor para a saúde são mais recentes e menos numerosas que os estudos sobre os efeitos danosos da tristeza, da angústia e da raiva. Takahashi (2001) em um recente estudo sobre a atividade das células tipo “natural Killer”, importantes na imunidade contra tumores, mostrou os efeitos de programas que estimulam o riso e o bom humor no aumento da atividade desses componentes imunológicos, ao mesmo tempo em que os estados depressivos enfraqueciam esse aspecto da defesa orgânica. Também nesse sentido, Berk et al (2001) puderam estudar a modulação neuroimunológica durante e depois de pacientes serem submetidos a programas associados ao bom humor e ao riso. Concluíram que o riso e o bom humor podem ter efeitos benéficos na saúde, recomendando esse tipo alternativo de terapia para melhora do bem estar e como coadjuvante ao tratamento médico formal.

Os efeitos do bom humor sobre a saúde física são tão evidentes que uma boa e sincera risada pode ter a importância de uma sessão de ginástica. Na psicossomática a medicina se preocupou, até agora, em mostrar os mesmos resultados de maneira inversa, ou seja, mostrando as relações entre determinadas emoções e a ocorrência de doenças cardíacas. O bom humor, na realidade, diz respeito a rir-se das coisas em geral, das incongruências do

cotidiano, da comédia da vida diária, das brigas, dos pequenos problemas do dia-a-dia e, até mesmo, dos tempos difíceis que passamos rir é levar a vida de forma mais leve, mesmo diante de um trabalho mais sério.

Atualmente a risada tem sido objeto de estudos, por se tratar da expressão mais explícita do bom humor e da positividade (MACALUSO, 1993). Segundo pesquisas de Hassed (2001), o riso tem um importante papel na redução dos hormônios envolvidos na fisiologia do estresse, melhorando a intensidade e realçando a criatividade das respostas, reduzindo a dor e, sobretudo, melhorando a imunidade e reduzindo a pressão de sangue. As pessoas que sabem se divertir e rir são, geralmente, mais saudáveis e mais capazes de sair de situações de estresse com mais facilidade.

Morreall (1987) afirma que "a pessoa que tem sentido de humor, não só é mais descontraída perante situações potencialmente estressantes, como também as compreende de forma mais flexível". Mesmo aquele em cujo ambiente não ocorram muitas coisas, a sua imaginação e criatividade vão afastá-lo da rotina mental permitindo desfrutar de si mesmo, evitar o aborrecimento e a depressão..Segundo alguns adeptos mais entusiasmados da alegria em doses terapêuticas, aparentemente o riso não melhora apenas as condições do sistema imune. Conforme estudos de um psiquiatra da Universidade de Stanford, rir cem vezes durante o dia tem os mesmos efeitos cardiovasculares que fazer exercícios de remo durante 10 minutos (FRY, 1992).

Um grupo de cientistas da Universidade da Califórnia, Estados Unidos realizaram um estudo de cinco anos de duração sobre as propriedades curativas do riso, apoiado por filhos e netos dos clássicos do humor, tais como Chaplin, Lou Costello, W.C. Fields, Buster Keaton e Harpo Marx. A Revista Veja edição de 25 de fevereiro de 2004 (ano 37, edição 1842, Editora Abril), publicou entrevista com o famoso médico americano Patch Adams, cuja atuação inspirou o filme *O Amor é Contagioso*, estrelado pelo ator Robin Williams no papel principal, que, visto por milhões de telespectadores em todo mundo, motivou o surgimento do grupo *Doutores da Alegria*, inclusive no Brasil.

Criado e implantado em seis hospitais de São Paulo, o grupo Doutores da Alegria acaba de expandir seus picadeiros. Um novo núcleo está em funcionamento num hospital de Campinas, interior do estado de São Paulo,

e em outros dois hospitais do Rio de Janeiro. Neste ano de 2006, o serviço deverá ser estendido a algumas capitais do Nordeste. A fórmula dos Doutores é simples: os 25 atores que integram o grupo utilizam técnicas circenses para satirizar os horrores da rotina hospitalar e tentar diminuir o trauma de crianças adoentadas (VEJA 2004). Os problemas do dia a dia identificados nos depoimentos demonstram a percepção da relação dos problemas, tristezas, raivas, preocupações, como indutores das doenças. O reconhecimento dos benefícios do bom humor, e o riso sua expressão mais legítima como indutor de saúde, ou fator que contribui para sua cura, não é por todos conhecida, mas por alguns sujeitos entrevistados, já é sentida.

Problemas do dia a dia que a gente não pode fugir, não pode castrar, você não pode pendurar num armador e esquecer, dizer ah! eu não vou ter esse problema, problemas familiares, eu vou deixar de fora da minha vida” (Eunice).

Eu não posso dizer esse problema eu não vou ter. Na vida nada se apaga, o que você vive na infância você sofre na fase adulta, você não pode dizer Ah! Eu não gostei disso aqui e vou apagar e eu vou viver agora assim, porque o livro da nossa vida depois que está escrito nós não podemos mais fazer nada, não pode mais apagar, acabou, passou, pode ter dez anos, mas foi feito e tudo pode, a gente passa um tempo escrevendo e outros tantos sofrendo as conseqüências do que nós escrevemos. (Betânia).

Eu sei que eu fiquei doente através de raiva, as confusões do dia a dia, do stress, de raiva mesmo, um dia eu peguei um bocado de coisa minha e quebrei, aí no outro dia adoeci e pronto tô aqui (Susana).

A gente deve evitar muita coisa, pra não adoecer, não fumar, não beber, não raiva. Mas como não ter raiva neste mundo? (risos)... A gente vive igual a sapo, engole, engole e depois estoura. (Rute.)

Categoria 3 – saúde numa perspectiva social

As premissas da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 evoluíram o conceito de saúde e propiciaram um avanço significativo no rumo de uma política nacional de saúde, no sentido de promover a reforma sanitária. Portanto, num reconhecimento de que a saúde é determinada ao mesmo tempo por condições sócio econômicas, culturais e políticas, e que a reforma sanitária teve como pressupostos básicos a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade de acesso às informações, tudo isso implica reconhecer a possibilidade de alteração desses condicionantes na medida em que haja uma intervenção correta sobre os mesmos.

A saúde não pode ser vista apenas como uma qualidade plena ou deficitária do ser humano, e sim, como um reflexo da totalidade da vida dos indivíduos.

Notamos que, para alargar os horizontes de saúde para a população, é necessário incluí-la no contexto social, político e cultural. Também é de fundamental importância não sermos apenas expectadores, mas sujeitos atuantes uma vez que vivemos num estado democrático de direito, e o Estado tem a função de dar garantia e eficácia de alguns direitos dos cidadãos, diante disso, os direitos fundamentais, se revelam como o próprio nome já indica pressuposto para a vida de qualquer ser humano, pois sem este não há dignidade humana. Com isto o direito a saúde se consubstancia em um direito público subjetivo, isto é, exige do Estado atuação positiva para sua eficácia.

De acordo com Buss (2000) o componente estilo de vida representa o conjunto de decisões que toma o indivíduo com relação a sua saúde e sobre os quais exerce apenas certo grau de controle. Observando os depoimentos dos sujeitos entrevistados identificamos que o processo saúde/doença não é mais concebido somente como um fenômeno biológico e individual, também tem um caráter social, que se manifesta empiricamente, também relacionado a coletividade.

Sendo assim, a relação entre o processo saúde/doença individual e coletiva fica então estabelecida, porque este processo determina as características básicas sobre as quais se assenta a variação biológico-individual. Visto a partir do usuário/paciente, significa que sua história social

assume importância porque condiciona sua biologia e determina certa probabilidade de adoecer de um modo particular.

A legislação brasileira em saúde possui um caráter inovador, mas em nenhum momento trouxe um conceito do que seja saúde, mas sim, uma definição de vários atributos que tentam fechar esse conceito de forma indireta, considerações que já fizemos anteriormente. Para comportar toda a abrangência do termo saúde adotada hoje pela Constituição Federal de 1988, é imprescindível conhecermos os princípios fundamentais do SUS. E mesmo nesses princípios encontramos muito mais a caracterização das “providências” que o governo poderá tomar para que seja promovida, preservada e recuperada a saúde, como expressa na Lei 8080 artigos 5 e 6, do que uma definição do que seja saúde.

No que diz respeito à categoria direito a saúde numa perspectiva social, se revelam muitos fatores determinantes e condicionantes que, na visão dos entrevistados interferem na sua saúde. A concepção do direito à saúde como condições de vida, situações que fazem parte do padrão de vida adequado à saúde e bem-estar como alimentação, moradia, vestimenta, assistência médica, serviços sociais e seguros sociais e mais trabalho e educação. Nesse sentido, Labbate (1990) constitui o que se denomina, comumente, direito social, e ultrapassa a visão da oferta dos serviços de saúde. Essa visão está incorporada no texto constitucional brasileiro a partir de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19/09/1990 e 8142/90) que concebe a saúde como resultante de fatores determinantes e condicionantes da situação de vida e que foi também expressada pelos sujeitos entrevistados das seguintes formas:

Eu relaciono saúde com tudo que eu tenho no meu dia-a-dia... Relaciono saúde com transporte, moradia, alimentação, lazer, trabalho, tudo (Eunice).

Pra falar em saúde tem que falar em alimentação, educação, moradia.. (Isabel.)

Subcategoria 3.1: saúde numa perspectiva social: Alimentação

No que diz respeito a essa subcategoria trazemos os estudos de Cohn et al (1992, p.29) que ao analisar os depoimentos obtidos em seu estudo evidencia a questão que perpassa esses depoimentos que acaba sendo o da desigualdade, na medida em que pela matriz da negação, fatores como alimentação, saneamento básico, habitação, renda, lazer, trabalho são percebidos como condição para se ter saúde. O mesmo acontece com os depoimentos que se seguem:

Tenho muito cuidado com a alimentação na minha casa, ter uma boa alimentação é um direito que eu acho que a gente tem (Sara).

Eu acho que a alimentação é um direito nosso porque é a base de tudo. Hoje eu sou acompanhada por uma Nutricionista e tenho uma alimentação mais saudável possível (Marta).

Eu não posso ter saúde, nem direito a nada se eu não tenho uma boa alimentação. (Marcos).

Pra mim e a minha família ter direito a saúde, é preciso ter uma boa alimentação, uma alimentação melhor né? (Mateus.)

Eu acredito que se tiver uma boa alimentação, a gente tem até sossego de espírito. Aí a gente pode até pensar em cidadania ou direito a alguma coisa, né? (Judite).

Sabemos que a alimentação adequada, equilibrada em nutrientes contribui para um organismo saudável e para um mecanismo imunológico eficiente. Isto vem demonstrar um relativo diálogo existente entre o saber leigo e o saber científico, no que diz respeito a esta questão. A principal norma internacional sobre o direito à alimentação está contida no artigo 11 da Convenção Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. De acordo com essa norma, a fome deve ser eliminada e os povos devem ter

acesso permanente à alimentação adequada, de forma qualitativa e quantitativa, garantindo a saúde física e mental dos indivíduos e das comunidades além de uma vida digna.

Segundo o relator da ONU sobre o direito à alimentação, Jean Ziegler, que esteve em 2005 em visita oficial ao Brasil, com o objetivo de preparar um relatório sobre o tema, diz que o Brasil precisa preparar planos para minimizar a fome urgentemente. O relatório preliminar de Jean Ziegler, apresentado na Assembleia Geral da ONU no ano passado (2005) estabelece os parâmetros para suas investigações em diversos países e, a fome é definida como insuficiência ou ausência de calorias no organismo. Já a desnutrição é caracterizada pela falta de nutrientes, especialmente de vitaminas e minerais²⁷. Uma das causas da fome e da desnutrição é o desemprego (UNICEF, 1996; FAO, 1996).

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2006) cerca de 1 bilhão de pessoas não possuem um trabalho que seja capaz de suprir suas necessidades básicas de alimentação.

Apesar de diversos estudos demonstrarem que é possível produzir alimentos suficientes para toda a população mundial, 826 milhões de pessoas continuam sofrendo de desnutrição crônica. A cada ano, 36 milhões de pessoas morrem em consequência da fome no mundo. Além disso, dos mais de 2,8 bilhões de trabalhadores no mundo em 2005, há 1,4 bilhão que não ganham ainda o suficiente para elevarem sua situação e de suas famílias para acima da linha de pobreza de 2 dólares diários, situação que perdura há 10 anos, afirma a OIT.

O relatório deste ano de 2006 demonstra uma vez mais que o crescimento econômico não é capaz de satisfazer por si mesmo às necessidades mundiais de emprego. “Isto está atrasando a redução da pobreza em muitos países”, disse o Diretor Geral da OIT, Juan Somavia e acrescentou: “estamos enfrentando uma crise mundial do trabalho de proporções enormes, e um déficit de trabalho decente que não vai ser resolvido sem que se faça

²⁷ Apesar de algumas variações, a segurança alimentar é definida pelas Nações Unidas da seguinte forma: os recém-nascidos necessitam de 300 calorias por dia; entre 1 e 2 anos de idade são necessárias 1.000 calorias por dia; e, aos 5 anos, as crianças devem consumir 1.600 calorias por dia. Os adultos devem consumir entre 2.000 e 2.700 calorias por dia. Segundo a UNICEF a desnutrição em crianças até 5 anos pode deixar seqüelas para toda a vida (UNICEF, 1996 FAO, 1996).

alguma coisa. São necessárias novas políticas e ações para enfrentar estes problemas” (OIT, 2006). Além disso, dos mais de 2,8 bilhões de trabalhadores no mundo em 2005, há 1,4 bilhão que não ganham ainda o suficiente para elevarem sua situação e de suas famílias para acima da linha de pobreza de 2 dólares diários, situação que perdura há 10 anos, afirma a OIT (OIT, 2006).

De acordo com a Convenção Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, (ONU, 1966) os Estados têm a obrigação de “respeitar, proteger e garantir” o direito à alimentação. Respeitar esse direito significa que os Estados não podem obstruir ou dificultar o acesso da população a uma alimentação adequada. Além disso, a Convenção estabelece os princípios da não-regressão e da não-discriminação, em relação à aprovação de leis que garantam o acesso à alimentação. Isso significa que os governos não devem aprovar leis que dificultem a organização social em prol desse direito. Os governos, ao contrário, devem facilitar a organização da sociedade pelo acesso a terra, ao trabalho e à proteção do meio ambiente. Os Estados devem garantir o direito universal à alimentação através de ações e medidas concretas que protejam grupos sociais vulneráveis e propiciem os meios necessários para que eles sobrevivam. Os critérios da Convenção dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais demandam um processo progressivo em direção à eliminação da fome no mundo, mas além de estarmos longe de uma situação ideal, o modelo econômico implementado na maioria dos países, inclusive no Brasil, indicam uma tendência contrária às normas estabelecidas pela ONU e, em tese, aprovadas por nossos governantes.

Interessante é que no texto constitucional o direito à alimentação não se encontra expresso, ele vem implícito no artigo 5º, caput, que dispõe sobre a inviolabilidade do direito à vida. Podemos relacionar também no artigo 3º que fala da erradicação da pobreza e da marginalização e na redução das desigualdades sociais, e por certo, ao princípio da dignidade humana.

O artigo 6º da Constituição Federal de 1988 que elenca os direitos sociais foi modificado em 2000 e foi feita uma nova redação para que fosse incluída a moradia, mas o direito à alimentação continuou esquecido. A nova redação do artigo 6 da CF dada pela Emenda Constitucional numero 26 de 2000 - Art. 6º: são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o

lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (CF, 1988).

Mesmo não sendo explicitamente assegurado no texto constitucional para que o direito à alimentação se torne garantia efetiva e um direito de cidadania, é imprescindível que os esforços para sua realização provenham de uma ação conjunta do governo com todos os outros setores da sociedade.

Algumas iniciativas foram tomadas no início do governo do Presidente Luis Inácio Lula da Silva dentro do grande projeto Fome Zero, dentre eles destacamos o bolsa família que foi criado através da Medida Provisória nº 132 de outubro de 2003 e é o maior e mais ambicioso programa de transferência de renda da história do Brasil. O Bolsa Família nasceu para enfrentar o maior desafio da sociedade brasileira, que é o de combater a fome e a miséria, e promover a emancipação das famílias mais pobres do país. Através do Programa Bolsa Família, o governo federal concede mensalmente benefícios em dinheiro para famílias mais necessitadas. O Bolsa Família é, portanto, um programa de transferência de renda destinado às famílias em situação de pobreza, com renda *per capita* de até R\$ 100,00 mensais, que associa à transferência do benefício financeiro, o acesso aos direitos sociais básicos – saúde, alimentação, educação e assistência social.

O Bolsa Família foi criado para atender duas finalidades básicas: enfrentar o maior desafio da sociedade brasileira, que é o de combater a miséria e a exclusão social, e também promover a emancipação das famílias mais pobres(BRASIL,2006). Por decisão do presidente Lula, o Bolsa Família unificou todos os benefícios sociais (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e o Auxílio Gás) do governo federal num único programa. A medida proporcionou mais agilidade na liberação do dinheiro a quem precisa, reduziu burocracias e criou mais facilidade no controle dos recursos, dando assim mais transparência ao programa. No entanto, todo dia somos surpreendidos com denúncias de pessoas que não necessitam ser ajudadas pelo governo federal, mas que se beneficiam do programa deixando aquelas que realmente precisam à mercê de sua própria sorte. Outra iniciativa do governo Lula foi a realização das Conferencias Regionais, Estaduais e a Conferência Nacional de Segurança Alimentar em 2004, e em 2005 foi elaborado uma Proposta de Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional

– LOSAN que dispõe sobre as condições para respeitar, proteger, promover, prover e monitorar a realização do direito humano à alimentação adequada por meio da instituição do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SistSAN). E em seu título I das disposições gerais art. 1º reza que: A alimentação adequada é um direito fundamental do ser humano, devendo o Poder Público adotar todas as medidas que se façam necessárias para assegurar que todos estejam livres da fome e da má-nutrição.

Entendemos que nessa questão, a população também deve fazer valer o seu direito, e lutar para que sejam implementados programas governamentais que viabilizem um aumento considerável de empregos para a população, pois somente assim pode ter atendido mais um direito social que de acordo com Bobbio se constitui um direito de segunda geração.

Subcategoria 3.2: saúde numa perspectiva social: Moradia.

Um outro fator a destacar é a questão da moradia relacionada com o direito a saúde numa perspectiva social. Este aspecto é corroborado por Cohn et al. (1991, p. 46) quando afirma que... “as condições de moradia configuram-se como um dos componentes básicos de caracterização dos determinantes da situação de saúde da população” e que está expresso aqui nos depoimentos dos sujeitos entrevistados.

Direito à saúde é ter uma casa para morar, eu, por exemplo, gostaria de uma casinha minha porque eu pago aluguel (Judite).

Saúde pra mim tem tudo a ver com a moradia, se você não tem onde morar não pode achar que tem direito, será que tem? (Eunice).

Minha filha, a gente mora tão mal, que num dá nem pra pensar em nada (Paulo)

Fica caracterizado nos depoimentos que se abrigar em condições insalubres acarreta problemas de saúde à população. Consideramos, portanto, que esta relação implica no reconhecimento dos fatores que interferem na questão saúde influenciando notadamente para a não satisfação das necessidades

básicas. Com base nesse preceito e diante das evidências empíricas, acreditamos que não exista uma só pessoa que desconheça que morar em um ambiente salubre e condigno que ofereça todas as condições de infra-estrutura sanitária, entre outras coisas, traga benefícios para a saúde.

E esse direito está na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, que garante que “toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação...” (artigo XXV, item 1). O direito à moradia também está incorporado no direito brasileiro de acordo com os tratados internacionais de direitos humanos do qual o Estado Brasileiro é signatário. Assim, obriga o Brasil (União, Estados e Municípios) a proteger e fazer valer esse direito.

A Constituição Brasileira no seu artigo 6º garante a moradia como direito fundamental do ser humano, mas mesmo assim, ainda existe no Brasil uma imensa desigualdade na distribuição de renda, impedindo que brasileiros e brasileiras, tenham acesso a uma moradia adequada para viver dignamente. É uma situação que obriga a ocupação de áreas insalubres ou de risco. Infelizmente, moradia para grande parcela do povo brasileiro é sinônimo de morros e favelas, onde falta água encanada, luz elétrica e saneamento básico, onde faltam políticas públicas. Pesquisas apontam que existem mais de 30 milhões de pessoas sem teto no Brasil. Pessoas que, não tendo como comprovar renda, passam longe dos financiamentos de compra da sonhada casa própria.

A falta de um lugar para morar e as precárias condições de moradia exigem que o Estado desenvolva imediatamente ações para solucionar este problema. A Constituição Federal inteira defende qualquer brasileiro vítima de violação dos seus direitos humanos fundamentais. Portanto, o direito à moradia digna virá da luta dos trabalhadores e trabalhadoras sem teto e sem emprego.

O Governo Federal tem lançado vários programas habitacionais para compra de imóveis através da Caixa Econômica Federal, e recentemente criou o PAR - Programa de Arrendamento Residencial. O PAR tem como objetivo atender a necessidade de moradia da população de baixa renda, até 6 salários mínimos, localizada nos grandes centros urbanos, mediante arrendamento residencial com opção de compra ao final do período contratado (Brasil, 2006).

O grande problema desse programa é que ele beneficia apenas as pessoas que recebem de dois a seis salários mínimos, e nós sabemos que a grande maioria da população ganha bem menos (IBGE, 2003). Acreditamos que uma solução para essa população que se encontra abaixo do rendimento exigido pelo PAR pode ser a construção de casas, pelo governo federal, estadual e municipal, através de mutirões. Moradia é investimento em saúde e isso é de conhecimento da União, estados e municípios. A prioridade para destinar recursos para implantação de programas habitacionais, entretanto, é uma decisão sempre política. Resta então a população se utilizar de suas formas de pressão social, para exigência de implementação de mais um de seus direitos, a moradia.

Subcategoria 3.3: saúde numa perspectiva social: água para o consumo humano e saneamento básico

Um outro aspecto abordado se refere a questão do saneamento e da água para o consumo humano, que são outros aspectos considerados de fundamental importância para uma boa situação de saúde na concepção dos sujeitos entrevistados, alguns dos depoimentos abaixo apontam para essa condição.

Pra gente ter direito e saúde precisa ter pelo menos a água que a gente bebe, o banheiro, a pia tudo pra gente viver um pouco melhor, né? Eu acho isso importante para ter saúde (Ester).

Eu tomo muito cuidado com a água de beber, porque eu sei que é importante a água para o nosso organismo (Abigail).

Eu passo muito falta de água na minha casa, aí as coisas ficam sujas, não pode ter limpeza em casa, e a gente como é que vive? (Rebeca)

Não existe água encanada na minha casa e aí fica difícil pra gente viver assim (Isabel).

Não é original estabelecermos à relação que existe entre o saneamento básico, a falta de água própria para o consumo humano e as condições de saúde da população, relação essa de amplo conhecimento de todos, na medida em que estudos demonstram que uma grande parte das doenças nos países periféricos, ou seja, em desenvolvimento, estão relacionadas com o abastecimento de água e com o saneamento básico que também foi percebido como um fator que interfere nas condições de saúde, conforme foi referido nos depoimentos.

Moura (1989, p.143) concorda com o pensamento dos sujeitos entrevistados quando diz que a prática do saneamento básico e o tratamento adequado da água e dos esgotos costumam traduzir-se em uma sensível elevação no nível de saúde das comunidades beneficiadas. As ações e técnicas de saneamento se destinam a higienizar ou salubrificam ambientes que se tinham tornado nocivos à saúde humana... É o saneamento que combate esses agentes físicos, químicos ou biológicos que contaminam os ambientes. A ausência de saneamento básico aparece na fala dos sujeitos entrevistados como uma necessidade urgente relacionada à questão da saúde. Esta associação do saneamento à saúde denota uma percepção mais global de saúde e de doença que se reflete na privação desse serviço e no agravamento de suas condições.

A realidade brasileira de acordo com o Ministério das Cidades²⁸ é que assim como a distribuição de renda, a de água é desigual e está entre os fatores de segregação econômica e social. No Brasil 33% das famílias com renda entre Zero e um salário mínimo não recebem água da rede de distribuição e 59% não têm rede para coleta e tratamento de esgotos. A situação é muito diferente entre as famílias que mantêm renda superior a 10 salários mínimos. Apenas um dos domicílios não tem água encanada e apenas nove não têm ligação à rede de esgoto ou fossa séptica. As regiões mais deficitárias são as do Norte, Nordeste e Centro-Oeste. A abrangência da rede de esgotos, ainda que tenha aumentado em dez anos (entre 1990/2000),

²⁸ Ministério das Cidades – SNIS – 8º Diagnóstico dos Serviços de Água e Esgoto.

manteve-se como o serviço que apresentava a menor cobertura entre os serviços pesquisados pelo IBGE (IBGE, 2000).

A água de abastecimento público é o produto mais importante para o consumidor, pois, entre outros, desempenha um papel relevante na proteção da saúde, especialmente na prevenção das doenças, servindo ao consumo direto, à higiene pessoal e dos domicílios e à remoção dos dejetos. Também é fundamental na produção e industrialização de alimentos e de outros produtos de primeira necessidade. A água é essencial para a vida. Segundo a ONU, a escassez de água tratada e segura para o consumo, já afeta dois bilhões de pessoas em todo o mundo. Essa situação gera ou agrava a fome e torna altos os índices de mortalidade, principalmente a infantil. A falta de água e de saneamento básico mata seis mil crianças por dia (ONU, 2006).

A quantidade de água no planeta é sempre a mesma, ela não aumenta nem diminui. A água doce representa apenas 2,5% da água disponível no planeta, sendo que cerca de 70% não está disponível para consumo: é o gelo das calotas polares e a água subterrânea, cuja extração implica custos muito elevados. A pequena parcela de água superficial, no entanto, presente nos rios e lagos, se encontra em grande parte poluída pelo despejo de esgoto urbanos, resíduos industriais e agrotóxicos. Nesse sentido, alertas para a preservação do meio ambiente, consequentemente da água nele existente é feito constantemente aos povos do mundo todo.

Hoje somos mais de 6 bilhões de habitantes no planeta e cada um de nós precisa de, no mínimo, 50 litros de água por dia para beber, cozinhar, fazer a higiene pessoal, lavar roupa etc. Por outro lado, enquanto um europeu gasta em média 140 a 200 litros/dia e um norte-americano, de 200 a 250 litros/dia, em algumas regiões da África o consumo por pessoa não ultrapassa os 15 litros/dia (IDEC/MMA, 2002).

No Brasil, este consumo também é desigual. Alguns consomem como os europeus e outros como os africanos. Além disso, a disponibilidade de água também é desigual: 73% da água doce estão na Bacia Amazônica, onde residem 5% da população brasileira, ou seja, apenas 27% dos recursos hídricos estão disponíveis para 95% da população. A desigualdade também existe na oferta de água encanada. Enquanto na região Sudeste 87,5% dos domicílios são atendidos por rede de distribuição de água, no Nordeste o índice

é de apenas 58,7%. Isso sem falar que quase 30% dos distritos brasileiros enfrentam problemas de abastecimento (IDEC/MMA,2002).²⁹

O Censo 2000 (IBGE, 2000) revelou que apenas 62,2% dos domicílios são atendidos pela coleta de esgoto ou possuem fossa séptica. E o que é mais grave: apenas 12% do esgoto coletado recebem tratamento antes de ser despejado nos rios ou no mar. Segundo a OMS (OMS, 2004). A falta de saneamento básico é causa direta de 80% das doenças e 65% das internações. Estima-se que, para cada R\$ 1 real investido em saneamento, o governo deixaria de gastar R\$ 5 em serviços de saúde.

Para os brasileiros a água vem se tornando um bem cada vez mais escasso e caro e, via de regra, um produto mal cuidado do ponto de vista da qualidade. Não temos, também, informação adequada e nem participação na definição e controle de aspectos que nos interessam diretamente, como os relativos à qualidade, à universalização e acesso, aos custos, especialmente os novos aportes tarifários. Na verdade, não temos instrumentos e mecanismos formais de controle social em relação ao saneamento, que inclui água, esgoto, lixo e controle de vetores, pela falta de uma política nacional justa e eficiente definida para o setor. Os entrevistados não dão conta da magnitude do problema, embora façam sua associação às boas condições de saúde e boas condições sócias econômicas, entre elas moradia e alimentação.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor-IDEC para agravar ainda mais o problema, o saneamento foi incluído no "roldão da desestatização" e é o próximo alvo das privatizações de serviços públicos essenciais brasileiros. Pelo que já foi constatado em outros países e até mesmo em alguns municípios brasileiros já privatizados, há uma séria ameaça de que os problemas para os consumidores, que já são grandes com a gestão pública, aumentem com a privatização e que os nossos direitos sejam ainda mais severamente desrespeitados.

Subcategoria 3.4. Saúde numa perspectiva social: Educação.

²⁹ Convênio firmado entre a Consumers International, Ministério da Justiça, Ministério do Meio ambiente para a produção de material educativo sobre meio ambiente pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor –IDEC.

O Direito à educação, assim como o direito à saúde é parte de um conjunto de direitos chamados de direitos sociais, que têm como inspiração o valor da igualdade entre as pessoas. No Brasil este direito apenas foi reconhecido na Constituição Federal de 1988, antes disso o Estado não tinha a obrigação formal de garantir a educação de qualidade a todos os brasileiros, o ensino público dispensado àqueles que não podia pagar. Durante a Constituinte de 1988 as responsabilidades do Estado foram repensadas e promover a educação fundamental passou a ser seu dever:

A Constituição Federal de 1988 no seu artigo 205 diz *que* “a educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”. Além da Constituição Federal, de 1988, existem ainda duas leis que regulamentam e complementam a o direito à Educação: o Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA, de 1990; e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação-LDB, de 1996. Juntos, estes mecanismos abrem as portas da escola pública fundamental a todos os brasileiros, já que nenhuma criança, jovem ou adulto pode deixar de estudar por falta de vaga.

A educação apareceu nos depoimentos de alguns sujeitos entrevistados como um fator estritamente relacionado à saúde.

A gente depende da saúde pra tudo até para a educação, porque se tem saúde e educação. Já tem meio caminho andado (Eunice).

Eu sempre digo aos meus filhos cuide da sua saúde, e estude porque a educação é só o que a gente pode deixar pros nossos filhos (Betânia).

Saúde tem relação com tudo... Até com a educação (Mateus)

Essa relação saúde e educação com a qual concordamos, referida nos depoimentos, é um assunto que vem ganhando espaço junto à opinião pública, na medida em que a educação funciona como uma forma alternativa de relação podendo possibilitar à população um aprendizado de formas de enfrentamento e desafios que se impõem diante da percepção de que os

diferentes serviços de saúde são insuficientes e precários para resolver seus próprios problemas de saúde.

Nesse sentido concordamos com o que afirmam Valla & Stotz (1994, p.32) quando referem que:

... educação e saúde constituem um campo de conhecimento que pode facultar a sociedade uma melhor compreensão sobre relações entre condições de vida e de trabalho e a saúde e a doença e do ponto de vista da ação social, apontar meios para pressionar os governos a aplicar os recursos públicos mais de acordo com as necessidades da população.

Concordamos também como o que diz Gonçalves (1990, p. 10),

...educação seria uma estrutura de apoio, pois, quando o indivíduo está ciente de que algo lhe falta, a tendência natural será ir em busca do equilíbrio dessa necessidade através da ação. Essa ação será fruto dos seus conhecimentos, crenças, valores e habilidades, porém dependerá também da organização social e estratégias para a exata canalização.

mais uma vez se evidencia nos depoimentos dos sujeitos entrevistados a articulação entre saúde e educação, no entanto como fonte para informação e exigência do direito ainda não aparece claramente. Por parte do Governo o incentivo a prática de políticas “discriminatórias positivas” vêm sendo implantadas, como por exemplo, o incentivo a cotas na universidade pública e o próprio princípio proposto pelo SUS, onde os serviços de saúde devem considerar as diferenças da população e atendê-las conforme estas diferenças. Na prática não se entende o que isso significa. A atenção a saúde, um direito de cidadania, tem sua realização dependente tanto do montante dos investimentos públicos destinados aos serviços básicos, quanto da capacidade da população em modificar a lógica de alocação destes recursos públicos em seu favor.

Subcategoria 3.5. Saúde numa perspectiva social: procurar o médico quando adoece

A subcategoria procurar o médico quando adoece aparece nos depoimentos dos sujeitos entrevistados quando afirmam que para restabelecerem a sua saúde procuram o médico no momento da manifestação

da doença, e que na grande maioria das vezes, seguindo a orientação médica e tomando os remédios receitados pelo mesmo, o problema de saúde é resolvido. Daí podemos presumir que a saúde, enquanto manifestação da qualidade de vida acaba por circunscrever-se ao momento da necessidade imediata.

Alguns segmentos da sociedade têm uma noção diferente sobre as causas da doença, e, dependendo dela, o auto diagnóstico e a terapia que julgam adequados, dependerá da noção e também do que ele julgou como capaz para aplicar tal terapia. Essa atitude vai encontrar fundamentação nos estudos de Garcia (1989, p.45) quando diz que:

“No caminho percorrido pelo homem sadio para o homem paciente, parece-nos evidente que compete ao médico opinar se ele é um doente ou não, porém não se pode esquecer que é o paciente quem dá a primeira definição de seu estado. Esta definição é feita mediante a interpretação de seus sintomas, orientados por sua própria noção de doença. Se sua concepção coincide com uma explicação científica, ele julga seu estado satisfatório, buscará a ajuda de quem está oficialmente autorizado pela sociedade para determinar seu estado de maneira definitiva. Em nossa sociedade é o médico e, uma consequência disso, a relação médica paciente caracteriza-se”

A compreensão de assistência prestada por uma equipe de multiprofissionais não existe ainda aos olhos dos sujeitos entrevistados. A hegemonia do poder médico que se evidencia na cura, mais que no cuidado, ainda é um componente muito forte nessa assistência. Os depoimentos assim o comprovam:

Quando eu adoeci pela primeira vez que eu me lembre foi de doença de rins. Aí lá eu procurei o médico de lá e ele passou um remédio aí eu fiquei bom... Depois eu adoeci de novo e vim pra aqui. (Filipe)

Eu levei uma queda e comecei a inchar. Porque a gente morava numa casa de palha. E tinha umas pontas de vara e eu fui subir numa vara para acender a luz, aí eu caí, e Bati com isso aqui ó (mostrou as costelas) depois eu comecei a inchar e meu pai me Levou pro médico... Eu me tratei fiquei boa, mas depois fiquei doente de novo (Isabel)

Foi assim, tá com mais de vinte anos, eu estava em São Paulo, e dormia de cama e Senti tontura. O mundo ia cair, o coração parecia que ia saltar fora, aí de manhã eu fui pro hospital e deram umas injeções e eu vim embora pro Ceará... Fiquei boa por uns tempos depois adoeci de novo da mesma coisa e hoje tô aqui no hospital pra fazer uma cirurgia pra colocar um aparelho no meu coração. (Dalila)

O reconhecimento da importância que tem a saúde para esses indivíduos, nos faz deduzir qual seja o motivo pelo qual eles recorrem ao médico assim que sentem que algo não está funcionando bem. E no momento que o problema é sanado eles retornam a sua labuta diária e muitas vezes aquele episódio é até esquecido e relegado a segundo plano, talvez por falta de tempo, dinheiro ou outros fatores mais, que podem interferir no cotidiano desses indivíduos, que o fazem deixar de tomar um cuidado maior, e até preventivo para que não volte a ocorrer alguma disfunção. São sempre os problemas cotidianos as causas que ficam para depois e também as causas de suas doenças.

Subcategoria 3.6. Saúde numa perspectiva social: problemas cotidianos

A subcategoria problemas cotidianos apareceu também relacionado a saúde. O argumento implícito no termo problemas cotidianos como o trabalho estressante e o stress propriamente dito, refletem mais atualmente, pois as pessoas estão mais expostas a elementos ou situações nocivas, bem mais do que há alguns anos atrás, o que é expresso em alguns depoimentos:

Eu moro no interior, mas mesmo no meu interior, que é pequeno, você sabe que a coisa não é igual há uns tempos atrás, hoje tudo é muito aperreado. (Filipe)

Eu queria que a vida da gente melhorasse, mais parece que quanto mais passa tempo, mais as coisas pioram hoje tá tudo muito mudado, dizem que é progresso, eu num entendo nada desse progresso, tudo fica é pior... e a gente mais nervosa.(Sara)

As profundas mudanças decorrentes do desenvolvimento econômico e tecnológico vieram de certa forma desfazer um modo de vida simples caracterizado pela tranquilidade. Transtornos ligados à melhoria, muitas vezes reivindicadas, trazem mudanças tanto desejadas como indesejadas, estas mudanças aparecem como também o preço pago por elas, que se reflete também em perdas e sacrifícios e em doenças, muitas vezes. O que podemos deduzir é que a convivência com determinadas situações atuais os deixam ameaçados em seu cotidiano. As razões desta preocupação não são difíceis de serem entendidas. O enfrentamento das situações do dia a dia, fatos retratados pela imprensa e o reconhecimento do perigo, impõem à população a necessidade de se manterem em estado de alerta, gerado pelo sentimento de medo que nos dias de hoje são muito frequentes. A relação, nova forma de vida e os novos problemas acarretados para a saúde, trazem o entendimento do preço destas mudanças, sobretudo para pessoas com condições socioeconômicas menos favorecidas, onde as mudanças que levam ao conforto, informação, melhoria na qualidade de vida, chega muito pouco, não é muito acessível.

Categoria 4: a saúde como direito de cidadania

A saúde passou a ser vista como direito de todos devendo ser assegurado pelo Estado, a partir de 1948 com a Declaração dos Direitos Humanos, todavia ganhou força apenas em 1966 com a assinatura do Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e do Pacto dos Direitos Civis e Políticos³⁰.

No Brasil, esse direito foi admitido como garantia, constitucionalmente reconhecido, de competência do poder público na Constituição de 1988, que abriu caminhos para a formulação de outras leis ampliadoras de proteção concedida pelo Governo à saúde do cidadão brasileiro. Direito esse que consagrado na Constituição de 05 de outubro de 1988, aponta para o redimensionamento da relação entre o Estado e as

³⁰ Anteriormente citado na página 137 dessa dissertação

reivindicações coletivas a partir da extensão dos direitos sociais modernos. Direitos conseguidos como resultado de um longo processo onde atuaram diversos segmentos, incluindo estratos tanto da esfera pública quanto privada, comportando diferentes forças sociais, cujos interesses, não raro antagônicos, permaneceram na arena política viabilizando ou não a implementação do direito constitucional.

No entanto, após a instituição pela ONU em 1994 do Índice de Desenvolvimento Humano - IDH como método da avaliação da prosperidade de um país, a questão da qualidade de vida atingiu novas proporções, assumindo papel ainda mais relevante dentro da pauta de discussão entre os políticos, visto que o resultado dessa pesquisa é de suma relevância para a decisão das empresas estrangeiras em investir no Brasil. Desde então o poder público se unindo, ao setor privado intensificou a política de promoção, proteção e recuperação da saúde amparada pelo Direito Positivo a partir da Constituição de 1988.

Sabemos, entretanto, que desde o final do século XIX e início do século XX quando Osvaldo Cruz “matava mosquitos” que o programa de saúde brasileiro é essencialmente curativo, ou seja, as pessoas procuram cuidar do organismo somente no momento em que ele apresenta alguma modificação no seu funcionamento, o que só é percebido quando a doença se encontra em nível avançado. O Brasil tem instituído programas com o intuito de torná-los preventivos que foram iniciados mediante o grande incentivo às campanhas de vacinação. Entretanto, o caminho a ser percorrido ainda é longo e o Brasil se encontra na fase inicial, embora algumas mudanças sejam percebidas.

A saúde, por ser um direito que necessita de órgãos que o substancie, sendo aplicável de forma programática e progressiva se encontra disposto apenas no Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ONU, 1966) cujo discurso do art. 12 foi-lhe reservado e estabelecem:

“§1º Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental.

§2º As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão, medidas que se façam necessárias para assegurar:

a) a diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças;

- b) a melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
- c) a prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras; bem como a luta contra essas doenças;
- d) a criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.”

A fim de cumprir as disposições contidas na alínea ‘c’, pois o Brasil é também signatário desse pacto, o governo brasileiro deve instituir programas de incentivos para que os brasileiros visitem constantemente médicos, que seja realizada nas crianças e adultos, quando for o caso a aplicação de todas as vacinas necessárias, que seja facilitada aos brasileiros, quando necessário à ingestão correta de medicamentos e que seja oferecida a toda a população condições para a correta higiene pessoal, o que cabe aqui nesse item a educação para a saúde (ONU,1996). Mediante a criação do SUS estrutura pública que se responsabiliza pelo oferecimento gratuito de consultas médicas, exames, medicamentos, transplantes de órgãos e outros benefícios relativos à saúde, o Brasil tenta cumprir a atuação exigida pela alínea ‘d’, que é a criação de condições que assegurem a todos e todas assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.No entanto, o percebemos é que o governo brasileiro está muito longe ainda de cumprir esse pacto, e que precisaríamos de muita vontade política e poder decisório do governo para conseguirmos oferecer a todos os brasileiros condições dignas de vida e de saúde.

Não podemos esquecer, no entanto, que ainda estamos longe, mas já demos um passo bastante longo nessa direção é só recordarmos a situação política na qual estava inserida a formulação da Constituição de 1988.

Foi uma época almejada pela maior parte da população que lutava por liberdade, em suas várias acepções, e por justiça social. No tocante à realidade externa, era observada a existência de vários tratados, tais como o Pacto dos Direitos Cívicos e Políticos, e o já citado Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, além de vários outros que tratavam de direitos específicos, que tinham por objetivos precípuos a garantia dos direitos fundamentais do ser humano. Contabilizando-se o somatório dos acontecimentos no cenário interno com o cenário internacional, foi possível a feitura de uma Constituição capaz de assegurar legalmente e de maneira

especial, os direitos peculiares a toda pessoa humana. Assim, a Constituição Federal de 1988 se preocupou com a saúde, destinando-lhe uma seção exclusiva onde apresenta os poderes competentes da matéria e as ações que devem ser efetuadas para a concretização deste direito. De acordo com o art. 196 dessa Constituição, observa-se que finalmente a saúde foi considerada como um direito fundamental de todos e como obrigação do Estado em suas três esferas de governo, União, Estados e Municípios.

Além de considerar o poder público como agente promotor da saúde, permitem-se complementações das ações públicas por parte da iniciativa privada, de natureza filantrópica ou com fins lucrativos, mediante contrato de direito público ou convênios. É vedada a participação de empresas de capital estrangeiro, salvo nos casos previstos por lei (CF art. 199, §§ 1º e 3º).

Como todo direito, o direito à saúde seria pouco eficaz se não houvesse maneiras de garanti-lo. Tendo em mente esta preocupação, foram disponibilizados para os detentores de direito meios jurídicos capazes de acionar mecanismos coercitivos e sancionatórios que garantissem o cumprimento dos direitos lesados. Foram criados o mandado de segurança coletivo e o mandado de injunção, fazendo-se presente o princípio da justiciabilidade (CF art. 5º, XXV), determinou-se as funções do Ministério Público, órgão destinado à "defesa da ordem jurídica e dos interesses sociais" (CF arts. 127 a 130) e foi instituída a "Defensoria Pública para a orientação jurídica e a defesa de todos os graus, dos necessitados" (CF art. 139).

A efetivação do direito à saúde depende de medidas positivas emanadas do Estado para que haja a sua fruição por parte do indivíduo. Entretanto, elas alcançariam resultados insignificantes se por acaso não houvesse a cooperação da população. A adesão dos usuários e usuárias dos serviços de saúde às medidas profiláticas, bem como, às curativas oferecidas pelo governo, é de fundamental importância para a redução do número de ocorrências e a posterior erradicação das doenças. No entanto, a pequena quantidade de números de leitos pagos pelo SUS nos hospitais credenciados ao Estado, a falta de remédios, a carência de médicos, entre outros fatores, dando aos detentores de poder aquisitivo a necessidade de recorrerem aos

planos de saúde privados, evidencia o quão o sistema de saúde público brasileiro se encontra longe de uma organização que garanta este direito.

Um pouco desses problemas que afligem a população emergiram das falas dos entrevistados. Daí podemos inferir que o entendimento do direito à saúde como bem público e a equidade tão almejada pelo SUS e por todos nós brasileiros precisa se constituir numa bandeira de luta dos setores organizados da sociedade juntamente com o Estado, para que o direito a saúde como pregado na Constituição seja realmente efetivo.

Subcategoria 4.1: efetivação do direito à saúde

Outra subcategoria que emergiu das falas dos sujeitos entrevistados que de acordo com o aspecto abordado, trata das ações que, politicamente, o Estado brasileiro se propôs a tutelar, entre outras, a garantia universal do acesso à saúde. Ficou explicitada a insatisfação pela forma como o Estado tutela o direito que ele deve assegurar garantir e viabilizar, e que dizem respeito às relações fundamentais de organização da cidadania.

Os sujeitos entrevistados apontaram canais institucionalizados ou não para reivindicar o direito à saúde. Os primeiros são aqueles ligados às formas de poder instituído. Nesse caso, trazemos o pensamento de Dallari (1993) quando diz que o Estado é compreendido como uma sociedade política que, com autoridade superior, fixa regras de convivência de seus membros. A maioria dos depoimentos evidenciou a efetivação ou não desse direito, na ocasião de utilização de um serviço de saúde pública.

Tinha uma moça aqui que tinha arteriosclerose múltipla (Esclerose Múltipla) em último estágio, já chegou aqui em estágio avançado, uma doença que ainda não foi descoberta a causa, o remédio custa o que ... uns dois mil reais mas é direito dela e o Estado tem a obrigação de comprar o remédio pra ela. Ela já chegou no hospital precisando também de um aparelho que custa vinte e três mil reais, e a Doutora telefonou para outro hospital e conseguiu. Ela tem direito, se o remédio existe e o

aparelho existe, o Estado tem que dar, mas precisou a doutora ir atrás
(Betânia)

Direito à saúde eu só lembro das dificuldades que são para um doente. Eu penso logo em quem não tem saúde e fica dependente da emergência dos hospitais e dos plantonistas, das medicações que os médicos sabem que existem mais eles não passam para os pacientes as informações, aí ficam os pacientes passando determinados sofrimentos que poderiam ser amenizados se o médico receitasse os medicamentos que ele conhece mais não diz pro paciente pra não aumentar custos do Estado **(Marta)**.

... O meu médico é muito bom, mas também muito cauteloso, ele não comentou sobre um medicamento e eu descobri através de um Centro nos Estados Unidos um médico muito bom de lá me falou da existência dessa medicação, e eu insisti com o meu médico pra ele fazer essa tentativa com essa medicação que lá tá dando muito resultado e que pode ser pedido pelo SUS... Pra comprar sozinha saía muito cara, mas o hospital comprando saía vinte vezes mais barata... O hospital não quis comprar eu entrei com um processo e eles foram obrigados a comprar... Eu já tomei e sei que não vou ficar boa com essa medicação, é uma medicação paliativa, mas já estou tendo uma melhor qualidade de vida até encontrar um doador compatível. Eu acho assim, o que eles podem dificultar eles dificultam no sentido de não aumentar os custos do Estado, eu vejo assim doenças que dependem de transplantes, ou é o transplante ou nada, Eu sei que eu não posso ficar totalmente curada, mas eu posso ter uma vida quase normal. Então onde a gente pode cobrar esse direito à saúde. Pra mim só na justiça **(Marta)**.

Os sujeitos entrevistados ressaltaram a importância do papel dos profissionais de saúde como facilitadores na reivindicação, no caso da efetivação do direito, por acreditarem serem esses os agentes que poderiam contribuir na organização da luta pela saúde pública, através de orientação à população leiga na questão saúde. Acreditam que os profissionais de saúde têm um papel de estar contribuindo na socialização e discussão de todas essas informações, porque nem sempre eles entendem as informações e o

profissional de saúde está mais preparado para estar junto às reivindicações. É o que mostra esses depoimentos.

Se o doutor ajuda, se ele se interessa pelo doente naquele remédio ou aparelho que ele está precisando, é muito mais fácil a gente conseguir fazer valer esse direito a saúde (João)

... Eu vejo muito os pacientes serem tratados como não tendo jeito o médico procura tratar bem, dar certo conforto, mas sem querer alimentar ou criar uma expectativa no paciente de melhora, é o medo de se comprometer é o medo de lutar pelo paciente, o medo de se envolver, o medo de ter o nome envolvido ... a insegurança, a falta de apoio do médico a primeira coisa que ele diz quando se quer tentar a medicação é : é difícil, é muito difícil, você não vai conseguir... Eu digo por que eu já vi paciente tal conseguiu porque tem dinheiro, tem instrução, mas não é todo mundo que consegue. Mas é direito de todos, todos têm direito... E se ele der uma força com certeza à pessoa consegue (Marta).

O direito à saúde, como já citado anteriormente, em contraste com a introdução de diversos outros direitos foi um dos últimos a ser proclamado pelas constituições da maioria dos países. No mundo inteiro, ele foi claramente reconhecido em 1948, quando da Declaração Universal dos Direitos do Homem. A Constituição da OMS afirma que “a posse do melhor estado de saúde capaz de ser atingido constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, seja qual for a sua raça, religião, opiniões políticas e condição econômica ou social”. Em duas ocasiões, em 1970 e 1977, a Assembléia Mundial de Saúde proclamou que "o direito à saúde é um direito fundamental do ser humano", e essa afirmação foi reiterada pela Conferência Internacional sobre os cuidados de saúde primários realizada em Alma-Ata sob os auspícios da OMS e do UNICEF (Fundo das Nações Unidas para as Crianças) (WHO, 1998).

Entre as declarações de princípio e a fria realidade, no entanto, há todo um caminho a percorrer. Por exemplo, apesar da melhoria na esperança de vida, 20 milhões de pessoas em todo o mundo morrem prematuramente, se considerarmos que falecem antes dos 50 anos, enquanto a expectativa média

de vida é de 66 anos (WHO, 1998). No Brasil, no que se refere às condições básicas de saúde, como acesso a alimentos, moradia e condições sanitárias há muito ainda a se fazer para que o Estado promova a tutela do direito a saúde. A pobreza ainda é o principal problema a ser resolvido para a proteção à saúde, mas para a sua erradicação seria necessário um esforço conjugado no nível pessoal, populacional e mundial, cuja execução parece remota tendo em vista a presente conjuntura nacional e internacional, seria preciso uma vontade política de grupos fortes no Governo. O panorama da saúde pública em países do Primeiro e Terceiro Mundos é muito diverso, mas em um país de dimensão continental como o Brasil panoramas característicos dessas duas situações podem coexistir. A política em nível nacional não pode ignorar totalmente um em detrimento do outro.

A política de saúde pública no Brasil está longe de apresentar um todo coerente, que forneça indicações otimistas para o futuro. Sem dúvida, ocorreram progressos importantes no que se refere à solução ou controle de algumas doenças. Mas o caminho a percorrer para se alcançar um estado compatível com nosso desenvolvimento econômico é ainda longo e difícil. É indispensável, especialmente, uma melhoria generalizada na oferta e na qualidade desses serviços. Investimentos apropriados, tanto em infra-estrutura como na formação de recursos humanos, são indispensáveis e nesse cenário a participação da população organizada também é indispensável.

Subcategoria 4.2: a informação como direito

De acordo com a OMS o acesso à instrução e à informação é essencial para alcançar a participação eficaz e o direito de voz das pessoas e das comunidades (WHO, 1997).

O acesso à informação adequada, clara e precisa sobre o produto (no caso do medicamento ou aparelho a ser usado) colocado no mercado ou do serviço oferecido (como os de saúde), suas características, qualidades e riscos, dentre outros, constitui direito básico e princípio fundamental do consumidor. Com isso, toda informação prestada no momento de contratação com o fornecedor, ou mesmo anterior ao início de qualquer relação, vincula o produto ou serviço a ser colocado no mercado (art. 30 e seguintes do Código

de Defesa do Consumidor). Aliás, a informação constitui componente necessário e essencial ao produto e ao serviço, que não podem ser oferecidos sem ela.

O direito a informação está diretamente ligado ao princípio da transparência (art. 4º, caput, CDC), a traduzindo-se na obrigação do fornecedor de dar ao consumidor a oportunidade prévia de conhecer os produtos e serviços, gerando, igualmente, no momento de contratação, a ciência plena de seu conteúdo. Saliente-se que a ausência de informação dos fornecedores não obriga os consumidores, caso não lhes seja dada a oportunidade de tomarem conhecimento prévio de seu conteúdo, ou se seus respectivos instrumentos forem redigidos de modo a dificultar a compreensão de seu sentido e alcance (MARQUES,2003).

Os depoimentos dos sujeitos entrevistados mostram como esse direito a informação está sendo subtraído das pessoas.

... Quando é um medicamento que eu não conheço, porque eu já conheço muitos medicamentos, eu pergunto elas dizem o nome, mas não explicam mais nada então não serve pra nada porque eu não conheço (Filipe).

Eu sempre pergunto a pressão tá boa? Que remédio é esse que eu vou tomar agora? Ninguém nunca responde (Daniel).

Eu desde hoje cedo que eu faço xixi dentro desse vidro, estão medindo minha urina, tudo o que eu bebo é medido,... Ela vem de instante em instante com aquele aparelhinho que faz assim tchim tchim tchim e só falta estourar o nosso braço, sabe para que que serve ?Eu perguntei, mas ela num me disse não. (Isabel)

A falta de informação sobre minha doença é a maior angustia que eu passo, assim, por exemplo, eu vou pro Hemoce, como eu faço muita transfusão, o meu médico não passa nenhum medicamento, mas eu fico muito insegura porque ele não me diz nada, ele não tem um planejamento pra mim pra minha doença... Simplesmente eu vou, ele passa hemograma, prescreve plaquetas e sangue,... Aquele jeito de

quem está empurrando com a barriga, só esperando chegar a hora... Ou o transplante (Marta).

...Algumas quando vem aqui elas explicam que vão tirar sangue pra isso, o medicamento elas nunca dizem nada não, só dizem que foi o médico que passou. (Marcos).

... Ela chega aqui e vai logo mandando a gente se arrumar para fazer o exame, mas tem umas que avisam e até dizem pra que serve o medicamento, mas outras não (Mateus).

Na prática médica atual tal como descrito por Foucault os doentes tendem a perder “o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem”, e, por conseguinte sua autonomia (Foucault, 1979, p.96). Autonomia no que diz respeito não somente à forma como são tratados, como também à determinação de seu modo de vida e de conduta. Autonomia, aqui entendida no sentido de tomar conta de si de corpo e alma, no respeito à realidade presente de cada um.

Apesar da maior atenção que alguns profissionais de saúde já vêm há algum tempo dispensando aos seus pacientes, é ainda, por vezes, muito difícil ao profissional de saúde estabelecer com o paciente/usuário uma boa relação, sem dúvida proveitosa para ambos. A formação e o modo de atuação do profissional de saúde estão, hoje, permeados de tal forma por uma mentalidade tecnicista que, na prática, ele acaba por encarar o corpo humano quase como sendo apenas uma máquina, e suas desordens como as doenças ou como situações decorrentes de desarranjos anatômicos, fisiológicos ou bioquímicos, de origem genética ou adquirida, passíveis então de uma abordagem terapêutica voltada apenas ao organismo físico. Essa mentalidade, não raro, gera situações em que encontramos grande dificuldade em fazer com que o profissional de saúde perceba que esse “vínculo” possa ser uma arma poderosa para o tratamento da doença desse usuário/ paciente. Nesse sentido consideramos de suma importância que esse profissional, nessas situações, saiba encontrar o caminho para tornar o paciente/usuário não apenas informado a respeito de sua doença, mas também motivado, seguro, animado, participando de seu tratamento. Só assim a instituição estará propiciando

processos terapêuticos que possam realmente levar à cura do paciente, na medida em que o mesmo passa a participar ativamente desse processo, onde ele é o mais interessado.

A Constituição Federal incluiu a defesa do consumidor no elenco dos direitos fundamentais (art. 5º, XXXII) e, por sua destacada importância previu que “é assegurado a todos o acesso à informação” art. 5º, XIV. De acordo com Marques (2003), o direito de informação pode ser contemplado de três maneiras: o direito de informar, o direito de se informar e o direito de ser informado.

A Lei Orgânica da Saúde composta das Leis 8080/90 e da 8142/90 nada trata a respeito da especificação dos direitos. Mas a Lei 8080 é clara quando afirma no seu artigo segundo³¹, que: “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Há ainda na mesma Lei, mais adiante, quatro dispositivos que de certa forma especificam direitos da sociedade à saúde: são os incisos III a VI do art. 7º, que tratam dos princípios do SUS, e mais especificamente os incisos V e VI que protegem o usuário no que diz respeito à informação, a saber:

Art. 7º “As ações e serviços públicos” de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:
“V - direito a informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde”.
“VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário”.

Por outro lado, houve o desrespeito a Lei 8078/90 - CDC que apresenta em seu artigo 6º os direitos básicos do consumidor e aqui é importante que se destaque aqueles que são pertinentes ao objeto dessa investigação que são os incisos II III VIII e X.

II - a educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços, asseguradas a liberdade de escolha e a igualdade nas contratações;
III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como os riscos que apresentem;
VIII – a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil,

³¹ Citado anteriormente na página 65 dessa dissertação.

quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências;
X - a adequada e eficaz prestação dos serviços públicos em geral.

Os direitos relacionados nos itens II e III mostram que o consumidor tem direito a informação e à liberdade de escolha. Na avaliação dos riscos e benefícios de uma determinada ação entre o profissional de saúde e o usuário do serviço de saúde, é razoável afirmar que o usuário direto, ou seja, o paciente, também deve participar das decisões relacionadas a sua saúde.

Como podemos observar pelos depoimentos acima existe uma sonegação de informações aos sujeitos internados, informações essas que são negadas ou omitidas em decorrência muitas vezes da falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os dispositivos que regulam e norteiam o SUS e a CF.

O usuário/paciente também tem o direito de "não saber", isto é, o direito de não ser informado, caso manifeste expressamente tal vontade. O profissional de saúde tem que reconhecer claramente quando esta situação ocorre e buscar esclarecer com o paciente as suas conseqüências. O paciente deve ser consultado formalmente se esta é realmente a sua decisão. Após isto, a sua vontade deve ser respeitada. Nesta situação, deve ser solicitado que ele, ou ela, indique uma pessoa de sua confiança para que seja o interlocutor do profissional com a família. O próprio usuário/paciente, quando possível, deve comunicar à família esta sua decisão.

Subcategoria 4.3: educação para a saúde

A educação para a saúde esteve sempre ligada à prevenção das doenças, como forma de modificar os comportamentos identificados como fatores de risco de determinadas enfermidades. Trata-se, fundamentalmente, de uma atividade educativa desenhada para ampliar o conhecimento da população em relação à saúde e desenvolver a compreensão e as habilidades pessoais que promovam a saúde. No âmbito da promoção da saúde, contudo, estas atividades educativas, podem ser úteis para chamar a atenção sobre as causas econômicas e ambientais da saúde e da enfermidade e, para tanto, devem incluir em seu conteúdo, informações que, por exemplo, demonstrem a

viabilidade política e as possibilidades organizacionais de diversas formas de atuação dirigidas a obter mudanças ambientais, econômicas ou sociais que favoreçam a saúde (OPS, 1996). Desta maneira, a educação para a saúde e a promoção da saúde, se torna intimamente relacionadas, ou seja: a promoção da saúde depende da participação ativa da população bem informada no processo de mudança, enquanto que a educação para a saúde é uma ferramenta de vital importância neste processo (OPS, 1996). Para Vasconcelos (1989, p. 20) educar para a saúde é ajudar na busca de compreensão das raízes dos problemas e de suas soluções.

A promoção da saúde é basicamente uma atividade no campo social e não um serviço médico. Entretanto, profissionais de saúde têm um papel importante em fomentar e facilitar estas ações de promoção em todos os níveis da atenção à saúde (WHO, 1986, 1988, 1991, 1997).

Hoje, há quase vinte anos da realização da I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, que resultou no documento fundador do movimento atual da promoção da saúde - *a Carta de Ottawa* (WHO, 1986), vemos que em seus pressupostos está contido uma concepção de saúde associada a um conjunto de valores, os quais denomina - *recursos para a saúde* – e que são: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e cooperação, entre outros.

Refere-se, também, a uma combinação de estratégias, tais como: medidas de cooperação intersetorial entre Estado e sociedade (políticas públicas para a saúde), atividades da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde). Ou seja: gira em torno da idéia de responsabilidade múltipla, quer seja pelos problemas ou por soluções propostas para estes (Buss, 2000). Buss ainda refere com relação ao tema que atualmente, na política mundial de saúde da OMS, o enfoque para a promoção de saúde se dirige sob postulados que orientam a estratégia de atenção primária da saúde, isto é:

1. A obtenção do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.
2. A promoção e proteção da saúde da população são indispensáveis para sustentar o desenvolvimento econômico e

social e contribuir para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial.

3. A população tem o direito e o dever de participar, individual e coletivamente, no planejamento e aplicação da atenção à saúde.

Proporcionar saúde nessa compreensão significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meio e situações que ampliem a qualidade de vida "vivida", ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas. Nessa perspectiva, a intervenção sanitária se refere não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença (Buss, 2000).

Milio (1993) relata que enquanto a meta na educação para a saúde é tornar os indivíduos internamente melhor equipados para que possam fazer escolhas mais saudáveis, a promoção da saúde tenta fazer com que as escolhas mais saudáveis se tornem escolhas mais fáceis. Por sua vez Franco (s/d) refere que a aprendizagem é uma das formas de aquisição de conhecimentos, que pode ou não gerar uma construção de conhecimento. Esta só é possível distintamente da aprendizagem, se houver interação entre o sujeito que conhece e o objeto que é conhecido, ou seja: não somos capazes de conhecer porque percebemos o que está fora de nós, mas porque agimos sobre o que nos rodeia, o que vem de encontro ao pensamento de Piaget (1978), que diz que a ação é o ponto de partida e a possibilidade de todo o conhecimento. Assim podemos pensar no conhecimento, como o fruto de uma ação concomitante do sujeito que conhece e do objeto que é conhecido, portanto uma relação que está em um processo de transformações contínuas.

Demo (1994), diz que o conhecimento é produzido, de modo geral, no sistema educacional, o que permite, desde logo, uma aproximação entre educação e conhecimento, ainda que este seja apenas meio. Se reconhecermos que o conhecimento é o instrumento primordial de mudança, seria contraditório encerrá-lo na teoria, até porque implicaria no não entendimento do que é teoria. Já Frazier *et al.* (1990), afirmam que educação é necessária, mas não suficiente, para prevenir doenças.

Em resumo, a educação para a saúde, precisa se apoiar um pouco no estudo das ações humanas. Entender melhor as formas de enfrentamento humano das circunstâncias da vida e as estratégias individuais e coletivas de sobrevivência, conforme destaca Valla (2000). É importante também estudarmos e procurarmos conhecer melhor a vontade, a oportunidade e a possibilidade que as pessoas dispõem para cuidar de si mesmas e dos demais. No mundo atual, no debate político, na pressão socioeconômica em que vivemos no Brasil, as ações de autocuidado têm tornado os profissionais e o sistema de serviços mais conscientes das necessidades e direitos do usuário. Mesmo sabendo que os cortes de verbas destinadas à saúde, à defesa do autocuidado, pelos governantes, podem significar restrição de acesso.

De acordo com Kickbusch (1996) mais do que epidemiologia do comportamento, a saúde pública pode proporcionar um marco que favorece e reforça a ação e o estudo do autocuidado e que faça dele um projeto social. Portanto, as ações e investigações em autocuidado poderiam se relacionar ativamente com a promoção da saúde, dentro de políticas públicas saudáveis, ambientes de apoio, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento da capacidade pessoal e na reorientação dos serviços de saúde. O autocuidado passaria, então, a ser considerado uma adição importante na competência e habilidade do ser humano e não como a delegação do trabalho de saúde, que nada mais quer fazer ou para o qual a sociedade já não pode permitir profissionais que o façam.

Assim, de acordo com Brown (1987) a maior contribuição da educação para a saúde em programas de promoção da saúde consiste em sua propensão de facilitar as capacidades dos indivíduos para adquirir o máximo controle sobre suas vidas, o que supõe, necessariamente, intervir nas relações sociais sobre as quais as pessoas constroem suas vidas. Entretanto, a ausência da cooperação familiar dificulta a motivação e o ensino da prevenção. Consideramos que a educação para a saúde deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nos indivíduos a consciência crítica das causas reais dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar uma prontidão para atuar no sentido de mudança.

Cunha *et al.* (2000) afirmam que prevenção sem educação/informação, certamente não será efetiva, pois enquanto não se

dividir responsabilidades, haverá o risco de uma série de intervenções. Programas de educação para a saúde não devem limitar-se à demonstração de procedimentos corretos, mas devem se concentrar em criar hábitos próprios. Para tanto, ainda segundo Cunha *et al* (2000), os programas educacionais devem ser um processo contínuo determinando um padrão de comportamento vitalício para cada indivíduo. Os programas educacionais devem reforçar o conceito de dividir responsabilidades para a saúde, de modo que o indivíduo não pense em cuidados com sua saúde como tratamento isolado, realizado somente quando necessita de procedimentos mais severos. De acordo com os autores infância é o melhor momento para a criação de hábitos saudáveis, através de programas que reforcem a opinião de que a cooperação é necessária para assegurar a saúde. Zuanon *et al.* (1999) acreditam que o sucesso de um programa de motivação depende de técnicas adequadas, participação direta do profissional e constância no processo educacional.

Pinto (2000) entende que as mudanças de hábitos têm maior probabilidade de ocorrer como consequência do contato individual que é mais profundo e não deve deixar de existir: o trabalho grupal não o substitui, mas sim o reforça. A educação para a saúde está nos depoimentos dos sujeitos entrevistados como uma forma de melhor cuidar da sua saúde, como podemos perceber.

Uma vez eu li a bula do remédio que eu recebi no posto de saúde que o médico de lá mudou o meu remédio, e vi que eu não podia tomar aquele remédio. Aí levei o remédio para o meu cardiologista e ele disse que eu fazia muito bem em ler as bulas dos remédios. A gente podia ter orientação do governo ou até nos postos mesmo do SUS para ler as bulas dos remédios né? Por que o medico disse: você podia ter morrido, sabia? (Rute)

Quando chega a doença é porque já foi falta de cuidado, falta de orientação, muitas vezes a gente faz as coisas por ignorância, por falta de informação, por exemplo, hoje o câncer de mama, câncer de útero, as mulheres já procuram mais, a AIDS, só que a AIDS eles só fazem propaganda quando está perto do carnaval eu não sei o porquê, porque se divulgassem assim com todas as doenças... Um AVC (Acidente Vascular Cerebral) devia ser também divulgado pelos meios de comunicação... (Betânia).

As pessoas têm que reivindicar os seus direitos, mas nem todo mundo sabe disso, as pessoas não pensam assim, as pessoas não acham que têm direitos, você tem que buscar, você tem que lutar, você tem que brigar muitas vezes, as pessoas precisam ser mais esclarecidas, porque

...você precisa mostrar que você conhece e sabe o porquê você está lutando... Mas o governo bem que podia esclarecer isso. Mas a gente sabe que para ele não é interessante (Betânia).

Subcategoria 4.4: percepção do direito à saúde.

Nos vários trechos das entrevistas pudemos notar como os usuários conhecem muito pouco ou nada do direito à saúde. O mais interessante é que eles e elas não têm consciência da existência desse e por isso mesmo é patente a nítida percepção de que os direitos não existem para a maioria da população. A não concretização desses direitos que existem só no papel, é muito claro nos depoimentos dos sujeitos da pesquisa. Dimenstein (2004, p.3) refere que a cidadania no Brasil é tão frágil como o papel e, quase sempre, com seus direitos assegurados apenas nele. Relata que apesar de todos os avanços, a regra é a exclusão social, a incapacidade de oferecer um mínimo de igualdade de oportunidades às pessoas. Assim, mais do que um desconhecimento dos direitos à saúde, alguns usuários e usuárias apresentam uma resignação, uma submissão que denota que eles não têm realmente conhecimento de nenhum direito.

Bom eu acho que nós somos ser humano né, e já que Deus botou nós nesse mundo...mas eu acho que nós não temos o direito de exigir nada, não. (Susana)

... eu acho que eu tenho direito aquele objeto porque eu tô pagando, então se eu tô pagando, eu tenho direito de cobrar, agora se eu não tô pagando eu tenho não direito de cobrar nada (Sara).

... Direito à saúde? Eu acho que eu tenho direito a um bom atendimento no hospital, bom hospital, medicamentos, mas eu não sei quem garante isso pra mim. Só se for Deus (Raquel).

... Acho que eu tenho direito à saúde, mas eu não conheço não... Eu ontem fiz um exame e não deu certo, porque o médico tirou o líquido da minha coluna, foi o maior sacrifício, doeu demais e levaram o líquido da minha coluna e aí hoje o médico veio tirar de novo porque o médico que

ia examinar faltou e perdeu o líquido... Eu tirei de novo, passei por todo o sofrimento de novo e se o médico faltar?...Onde está esse meu direito? Que direito é esse? **(Pedro).**

Direito a saúde eu não sei não, mas eu acho que o médico deve ter respeito pela gente porque muitas vezes a gente chega no posto de madrugada para marcar uma consulta pras oito horas e o médico só chega dez horas e nem olha a gente direito, e a gente tem que agüentar ou então morre **(Lia).**

... Eu vou no posto num tem ficha, eu volto depois e assim vai até conseguir, eu não sei se eu tenho direito, eu não posso exigir, eu sou menor mesmo **(Ester).**

... Eu acho que nós temos direito a ser bem atendido com respeito e dignidade nos postos e hospitais. Não enfrentar tantas filas e humilhações como a gente enfrenta. Eu, por exemplo, eu passei quatro meses pra conseguir uma vaga para ser atendido nesse hospital **(Paulo).**

... Eu acho que a gente tem direito à saúde, mas eu não posso fazer nada eu sou uma pessoa comum. Eu só tenho que esperar pelos grandes, o governo, por exemplo, ele pode fazer alguma coisa... **(Marcos).**

... Direito? Nós temos todos possíveis. Direito à saúde? Eu acho que sim. Direito a hospital, medicação, direito a ser bem atendida... **(Ana).**

... Acho que tenho algum direito, mas não tenho a menor idéia como eu posso ter esse direito... Eu sou pequena **(Eunice).**

Podemos observar que nos depoimentos aparecem também problemas como o acesso aos serviços, demora no atendimento, problemas com exames e outros que muitas vezes superam a possibilidade do usuário ou usuária suportarem o incômodo, além da incapacidade do setor em responder a uma série de outras demandas, trazendo conseqüências importantes para a saúde dos mesmos. Juntamente com a concepção de saúde que, conforme

vimos, engloba a dimensão psicoafetiva, os usuários e usuárias esperam do serviço muito mais do que um conjunto de cuidados dirigidos a um corpo biológico. Os serviços de saúde parecem cumprir muitas funções e a relação profissional de saúde – usuário emergiu como um elemento muito destacado no julgamento da qualidade do atendimento, superando, até mesmo com critérios valorizados, como por exemplo, a competência dos profissionais.

A pouca percepção sobre o direito a saúde nos remete a questão da cidadania e que a falta de um direito traz consequências sérias para o exercício do outro. A passividade, a conformação que se apresenta nos casos onde realmente há violação de um direito fundamental do ser humano e em nenhum momento o usuário ou usuária percebe, talvez porque no mínimo seja um fato corriqueiro ao qual já está habituado.

Sandoval (1994, p. 65) vem nos apoiar na nossa afirmativa quando diz que a aceitação espontânea de normas sociais e em última instância da estruturação de classe, desigualdades sociais e submissão política disfarçada de requisito do viver rotineiro, podem ter o efeito de tornar o indivíduo um conformista na medida em que carece de instrumentalização intelectual para raciocínio sistemático e crítico e das práticas diárias do exercício democrático de direitos e obrigações de cidadania.

Pela fala desses sujeitos entrevistados percebemos que o exercício da cidadania relacionado à saúde ainda não é uma prática observada por eles ou elas. Está prevalecendo ainda entre eles a ótica da saúde ainda como um direito desejável e para alguns até inalcançável. Com certeza esses sujeitos poderão modificar essa situação, no pleno exercício de reordenamento, diante da própria vida, se apropriando do espaço já existente da cidadania e criando a partir daí novos espaços. Cidadania para Sawaia (1993, p. 152) é a consciência de direitos iguais, mas esta consciência não se compõe apenas do conhecimento da legislação e do acesso à justiça. Ela exige sentir-se igual aos outros, com os mesmos direitos iguais.

Subcategoria 4.5: relação profissional de saúde e usuário/ usuária do serviço

Boltanski (1979) ao analisar a relação médico-paciente afirma que os médicos não dizem aos doentes das classes trabalhadoras o que eles

realmente têm e esse mutismo reforça a ansiedade em face de doença e a desconfiança desse juiz cujo veredicto se ignora. Nessa perspectiva, a educação para a saúde, as condutas de orientação e os diálogos são travados de maneira autoritária indo da culpa à sanção. E isto se dá porque o poder médico para se exercer integralmente requer um doente paciente, modesto e confiante na presença de saberes tão superiores. A referência aos médicos é sempre feita ao “doutor” ou a “doutora”. A relação médico-paciente é percebida como uma relação de poder, que impõe o distanciamento e exige por parte do usuário/usuária uma postura de subalternidade.

Eu pergunto, mas tem doutor que não olha nem pra gente eu pergunto o que é que eu tenho doutor, e ele faz ouvido de mercador, faz de conta que eu não estou nem falando com ele... Eu digo Doutor, num fique fazendo suspense que eu quero saber que doença é que eu tenho, eu quero morrer sabendo o porquê ...fico sem resposta... (Dalila)

Ele já disse tudo pra mim, mas eu não entendo bem, por que... e eu sempre pergunto e ele até tenta explicar mas eu não entendo o que eu só entendo é que ele diz que é uma inflamação, uma infecção no meu rim. Somente assim e eu pergunto é caso de cirurgia? Ele diz não, é caso só de medicamento,... e aí ele explica lá as quantidades de tanto por cento...Mas eu não entendo nada. (Filipe)

Tem doutor que não diz você tem isso aqui... não diz olha você tem isso...pode comer isso...não pode comer aquilo, esse medicamento é pra tal coisa, não, ele escreve a receita e daí, fica só pra ele, e não explica nada pra gente. (Daniel)

A doutora já me explicou às vezes eu entendo, mas às vezes é muito complicado e eu não sei mesmo nada. (Sara).

... Aqui eu não recebi nenhuma informação sobre minha doença, perguntei, mas o mas o doutor não respondeu, eu perguntei várias vezes e ele só conversava com os outro que vem com ele, mas aí eu pesquisei na internet e fiquei sabendo tudo, até alguns medicamentos que estavam

usando na Europa eu disse a ele pra passar pra mim...foi um custo mas eu consegui... **(Marta)**.

...O doutor responde na linguagem dele, né, Eu pergunto, ele responde só que ele responde na linguagem dele... Vamos supor ele diz uma coisa na linguagem dele, ele fala no Português dele e eu queria que ele falasse no Português que eu conheço, mas ele fala num português que eu não sei o que é... E a gente fica baratinado, a gente não sabe o que ele diz. Ele fala um pro outro e eu pergunto, mas eles não respondem. **(Marcos)**.

...Eu não sei nem o que eles estão fazendo. Eles chegam fazem e pronto. Eu tomo o medicamento que o médico manda, faço tudo o que eles mandam, não pergunto por que eles não explicam mesmo. Ainda ontem às 20 horas eu comecei a tomar um medicamento que o doutor receitou e não faço nem idéia para que serve. Hoje só me disseram que o doutor amanhã vai fazer minha cirurgia... **(Eunice)**.

Eu pergunto tudo mesmo que não me sinta muito à vontade para perguntar, eu pergunto, porque eu quero saber tudo sobre minha doença e eu peço que ele me explique de um jeito que eu possa entender, mas ele não diz nada. **(Raquel)**

...Tem uns que explicam e têm outros que pegam logo o braço e não dizem nada vão logo tirando o sangue... Dando os medicamentos eles não dizem só entregam e a gente tem que tomar **(Pedro)**.

...Algumas coisas elas dizem, outras não. Ela chega aqui e vai logo fazendo ou mandando a gente se arrumar pra fazer o exame, mas tem umas que avisam e até dizem pra que serve o medicamento, outras não dizem nada... **(Mateus)**

... Eles dizem tudo. Exame tal deu isso. Exame tal foi assim... Mas eu não presto muita atenção não. Quando vem me dar remédio, olhar a minha pressão, ela sempre diz que é muito alta tudo elas dizem, mas eu não entendo nada.

(Abigail)

Tem doutor que não deixa nem você abrir a boca, não lhe dá o direito... Inclusive tem um chamado ... Eu tentando dizer a ele que tinha uma doença do coração e estava com febre, ele nem olhou pra mim e não deu nem atenção...nem explicou nada, só perguntou o que você está sentindo agora? Bem grosseiro e zangado eu disse que estava com dor no corpo e febre, e ele disse que eu estava com virose... Três dias depois o outro descobriu que eu estava com endocardite e hoje ainda estou aqui esse medico retardou o meu tratamento. (Ana)

... A gente encontra tanto doutor bruto, ignorante,... A gente fala com aquele médico meu Jesus eu pedindo chame a enfermeira que ela vem me atender eu tô morrendo doutor me acuda e ele na maior ignorância disse num precisa você gritar não viu (Susana.)

Todos esses depoimentos mostram que há uma relação de dominação, o que nem de longe representa um pressuposto para o equilíbrio desta relação. Existe uma relação de poder entre profissional de saúde x usuário ou usuária do serviço de saúde. Essas relações de poder são vistas, às vezes de uma forma clara e evidente e outras vezes de forma sutil. A primeira é expressa verbalmente, quando o profissional se comunica com o usuário/usuária utilizando termos científicos, e a segunda é quando fica em silêncio ao assistir o usuário ou usuária, olhando para o mesmo quando este questiona algum aspecto da sua doença, nas duas formas o profissional está cerceando o direito que tem o usuário/usuária de conhecer tudo sobre sua doença.

Em todos os trechos acima citados o usuário ou usuária está sendo lesado em vários de seus direitos, pois de acordo com o Código de Defesa do Consumidor é direito do consumidor ou consumidora a proteção à vida a saúde e a segurança em relação aos produtos e serviços oferecidos pelo fornecedor, o consumidor também tem direito a receber todas as informações sobre o serviço ou produto e a efetiva prevenção e reparação de danos. Isto implica que o profissional de saúde, ao assistir alguém, deve estar ciente dos riscos que pode trazer ao usuário ou usuária. Ainda segundo a Constituição em vigor, o Governo é responsável por proporcionar aos indivíduos o acesso à saúde e por garantir meios para que esta assistência seja de qualidade. E o que nós

percebemos nesses depoimentos são um verdadeiro descaso e desrespeito à dignidade da pessoa humana.

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde existem alguns princípios que norteiam a relação profissional de saúde/usuário do serviço. Dentre eles destacamos o princípio da autonomia, o princípio beneficência e o princípio da privacidade. O princípio da autonomia vem sendo estudado ao longo da história; e recebeu diferentes denominações e se fizeram diversas teorias acerca de sua caracterização e conceituação.

Stuart Mill (1996) propôs que “sobre si mesmo, sobre seu corpo e sua mente, o indivíduo é soberano”; por sua vez, Benjamim Cardozo, juiz dos Estados Unidos, sentenciou, em 1914, no caso *Schloendorff*, que “Todo ser humano de idade adulta e com plena consciência tem o direito de decidir o que pode ser feito no seu próprio corpo” e Kant, propôs que a autonomia não é incondicional, mas passa por um critério de universalidade, ou seja, ela é para si mesma uma lei, independentemente de como forem constituídos os objetos do querer. (KANT, 1966).

O Relatório Belmont (1978) que estabeleceu as bases para a adequação ética da pesquisa nos Estados Unidos, denominava este como princípio do respeito às pessoas. Nesta perspectiva propunha que a autonomia incorpora, pelo menos, duas convicções éticas: a primeira, que os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos, e a segunda, que as pessoas com autonomia diminuída devem ser protegidas. Desta forma, se divide em duas exigências morais separadas: a exigência do reconhecimento da autonomia e a exigência de proteger aqueles com autonomia reduzida (incapazes, loucos, presos, etc.).

O princípio da autonomia na relação profissional de saúde – usuário/ usuária é extremamente relevante, na medida em que o médico deve ter em mente que somente pode manipular, drogar, receitar, conduzir, etc., seus pacientes, se eles de fato estiverem aptos e cientes de aceitar tais procedimentos e atitudes. O princípio da autonomia, nesta relação, faz com que tanto profissional de saúde quanto usuário/usuária desenvolva, de maneira eficaz e confiável, diálogos e entendimentos capazes de dar à relação profissional - usuário uma forma respeitosa e aceitável ponto de vista social e ético.

Na relação profissional de saúde/usuário/usuária tem que ser observado um outro princípio também que é o da beneficência, tal princípio é de observância contínua e irrestrita, haja vista que o paciente, ao procurar o profissional da área de saúde, busca a cura para o seu mal, e o profissional, por sua vez, tentará empreender todos os esforços para não agravar o mal do paciente e para curá-lo da doença que o aflige naquele momento.

E mais um outro princípio deve permear também essa relação é o princípio da privacidade. Esse princípio é visto com reserva. É obvio que o médico deve se abster de repassar as informações clínicas de seus pacientes para qualquer pessoa e também deve evitar a exposição pública de um caso particular levado ao seu conhecimento, pelo simples fato que existe nesta relação uma confiança muito grande dos pacientes no sigilo médico.

Portanto, a base da relação, além dos princípios éticos anteriormente descritos, fundamenta-se em uma relação de confiança, credibilidade e de intimidade que não permite a exposição da situação médica do paciente para pessoas não envolvidas com o seu tratamento.

Em apenas alguns casos o médico é obrigado a dar publicidade ou a comunicar fatos que lhe chegaram ao conhecimento, por meio do paciente, a outras pessoas que não integram a sua equipe ou círculo profissional ou familiar do doente. Estas considerações informais denotam o quanto está sendo desrespeitado em seus direitos os sujeitos entrevistados.

Subcategoria 4.6: relação cidadão x cidadão

O direito à saúde tem como fundamento primordial o direito à vida e a vida em toda a sua plenitude. Todos os seres humanos buscam a saúde, a saúde em sua forma plena e completa. Também buscam o direito ao bem estar, ao estar bem. Assim, se todos os envolvidos no processo de ajudar os outros a terem saúde, os provedores de saúde públicos e privados, individual ou institucionalmente, poderiam ter em vista que o maior objetivo desta relação é a conquista da saúde, ou seja, ajudar os outros a serem e estarem bem e felizes.

De acordo com Carvalho (2002) se colocássemos todos os provedores e consumidores dos serviços de saúde como artífice do bem estar

da saúde, os serviços de saúde jamais seriam os mesmos. Teriam um ganho em qualidade. Jamais seria questionada a relação entre provedores e consumidores, pois a relação passaria sempre pelo humano. O objetivo dessa relação seria sempre a busca contínua da saúde e felicidade, a qualidade de vida e o bem estar de todos. Carvalho (2002) faz referência aqui a provedores e consumidores. De acordo com o Código de Defesa do Consumidor Lei 8078, os componentes de uma relação de consumo é o fornecedor (aqui referido como provedor) e o consumidor e o objetivo dessa Lei é buscar o equilíbrio desses dois componentes da relação de consumo.

Assim, para a universalização do direito à saúde a exigência é que haja a reinvenção dos espaços públicos, como espaços de convivência cívica que pressuponham o público como igualitário, o reconhecimento do outro como sujeito de direitos legítimos e a consolidação de uma cultura política democrática desprovida de privilégios. Somente dessa forma será vencido o grande desafio que é a construção de uma cidadania com um sentido de pertencimento traduzido para além do senso de responsabilidade pública que permita aos sujeitos se reconhecer como cidadãos.

O médico já explicou e eu entendi o que eu não entendi eu perguntei a ele, e ele explicou tudo direitinho... Eu também procuro me informar, busco em outras fontes também, quando eu estou em casa eu procuro na internet (Betânia).

Eu fico um pouco acanhada para perguntar mas eu pergunto e ai eles são muito legais, eles respondem tudo bem direitinho, explicam tudinho até eu entende.(Ester).

...Ah eu pergunto, pergunto tudo. Quando a enfermeira vem me dar um medicamento e se ela não diz o que vai me dar, eu sempre pergunto. Só tomo medicamento quando eu sei o que eu vou tomar (Paulo.)

A relação cidadão x cidadão é a finalidade única proposta em todas as leis que teve como marco inicial a promulgação dos direitos humanos em 1948.

Subcategoria 4.7: participação social

As práticas participativas representam uma efetiva possibilidade de ampliação do espaço público. A ampliação da esfera pública, reforçando a participação cidadã, potencializa a democratização da sociedade. Para isso torna-se importante que ocorra o que Bejarano (1994) denomina de *soma - positiva* entre Estado e sociedade civil, considerando-se que estes operam diferenciadamente. A fragilidade institucional que caracteriza o Estado e a sociedade civil na América Latina se explicita pela prevalência de uma dinâmica marcada pela apropriação privada do público e pela erosão da qualidade de cidadania.

De acordo com Grau (1998) uma efetiva participação cidadã requer princípios para o desenvolvimento da legitimidade democrática: a igualdade política, o pluralismo político, a deliberação e a solidariedade. Já Putnam (1994) nesse sentido afirma que, apesar de alguns avanços, uma participação cidadã associada a um projeto de ampliação da esfera pública depende da capacidade de cada sociedade de ampliar a institucionalidade pública, assim como de fortalecer a comunidade cívica.

Nas falas dos sujeitos entrevistados por várias vezes foi aludida à questão da participação da população no enfrentamento das questões relativas à saúde. No entanto fica claro que a participação tem como principal objetivo ser ajudado por alguém.

*Quando eu estudava a gente fez um grêmio lá na minha comunidade e eu participei bem dois anos ou mais é muito bom porque quanto mais você é esclarecido mais você tem a noção de cobrar o seu direito, você chega num canto a pessoa diz que não isso aqui assim e pronto e você não conhece e aí aceita, fica calado, porque não sabe não pode cobrar **(Daniel)**.*

*Eu nunca participei de nenhuma associação, mas tinha muita vontade, mas agora doente... Mas é muito importante as pessoas participarem porque tem pessoas que não sabem gritar e é importante que sempre tenha alguém que tenha coragem e saiba gritar e cobrar os direitos, lutar pelos direitos dos outros, tem necessidade que tenha sempre alguém à frente que tenha coragem **(Betânia)**.*

Teve um tempo que eu participei depois deixei, minha mãe ainda participa meio assim de longe, a mulher lá é amiga dela, eles lutam por melhores condições no bairro. Eu tava fazendo um curso e precisei deixar, mas eu acho muito importante porque quanto mais gente mais forte fica a associação lá tem um projeto, a minha casa foi feita com o mutirão da associação, tá certo que gente pagou, mas foi pouco. Muita gente junta consegue mais as coisas. Lá a gente já conseguiu muitas coisas, abrir uma creche para as crianças e muitas outras coisas **(Marcos)**.

Eu acho importantíssima a participação das pessoas em associações comunitárias, mas eu participo de grupo de jovens da igreja, que lá a gente reza, faz orações, mas também luta nas pastorais para esclarecer a comunidade sobre os seus direitos e deveres **(Ana)**

Eu acho que a participação ajuda, um ajuda o outro porque é aquela história que quando a gente tá participando tá se unindo e a união faz a força e a gente unida... como é que diz o ditado unidos venceremos né? **(Judite)**

Eu participo da catequese da minha igreja, eu acho importante que as pessoas se unam, pra se conscientizar mais, mas hoje as pessoas só se unem pra falar uns dos outros, e cada um trata da sua vida, e fala mal dos outros **(João)**.

*Eu mesmo nunca participei não, mas acho importante porque muita gente junta consegue mais coisa pra nós, né?***(Rebeca)**

Categoria 5 : paralelo entre o sistema de saúde previdenciário - INPS E O SUS

A percepção do direito a saúde como uma questão de cidadania fez surgir nos depoimentos dos sujeitos entrevistados essa categoria, que permitiu essa percepção mediante a comparação do atendimento recebido por eles, anteriormente, quando era INPS e o recebido agora no SUS.

Dentre os depoimentos um aspecto que foi lembrado por quase todos os sujeitos entrevistados foi a questão da universalidade do SUS que nas falas dos entrevistados define-se como: gratuidade do SUS. A garantia está presente na Constituição Federal quando se diz que saúde é um direito social (CF – art.6^o) e, depois, que saúde é um direito do cidadão e dever do Estado (CF – art.196), assegurando acesso universal e igualitário às ações e serviços de caráter integral. Se for dever do Estado, o acesso é para todos, sem distinção, assim está definida a universalidade do acesso. É bom lembrar, no entanto, que a essência da gratuidade ou universalidade tem seu nascimento nas ações do Estado, que não oferece nada gratuito, a não ser com utilização dos recursos que provêm do próprio cidadão. A palavra gratuidade, talvez, por isso mesmo, não está explicitada no texto constitucional. A lei 8080, art.2º e § 1 (27), repete os mesmos princípios, de forma mais explícita quando refere:

...a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Art 196. CF de 1988).

Podemos interpretar a palavra gratuidade, que aparece no artigo 43, quando esta se refere a todas as ações e serviços de saúde: “A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, reservando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com entidades privadas” (CF de 1988).

Há uma grande dificuldade de se obter recursos suficientes para a área de saúde. A Emenda Constitucional nº 29, EC 29, aprovada ao final de 2000, estabeleceu a vinculação de recursos para ações e serviços públicos de saúde para os três níveis de governo. Com isso se procurou enfrentar as dificuldades de financiamento vividas pelo SUS praticamente desde sua criação. Estas dificuldades têm duas vertentes: a necessidade de ampliação dos recursos destinados à área da saúde, tradicionalmente insuficientes e inferiores aos alocados por diversos países; E a necessidade de estabilização do financiamento, de modo a se evitar a descontinuidade de ações, serviços e

investimentos. De acordo com Carvalho (2002) quando da criação do SUS, pela Constituição de 1988, ficou estabelecido que a responsabilidade do financiamento seria compartilhada pela União, estados, Distrito Federal e municípios. Na mesma ocasião foi criado o Orçamento da Seguridade Social-OSS, destinado ao financiamento das áreas de Previdência Social, Saúde e Assistência Social. Este orçamento é integrado, principalmente, pela arrecadação originária das contribuições sociais. Apenas a participação da União, responsável pela maior parte do aporte de recursos na ocasião, foi tratada nas disposições constitucionais transitórias. Foi estabelecido no “Art. 55. que destas disposições até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde”. Mas a EC-29 garantiu apenas recursos definidos, mas não em definitivo e ainda insuficiente o que tem levado os gestores de saúde quase sempre dispensarem esforços para que brotem saídas mágicas, muitas delas acabando por quebrar princípios constitucionais, incluindo-se inclusive o rompimento da universalidade do SUS.

De acordo com Carvalho (2002) o presidente Fernando Henrique Cardoso em sua proposta de reforma constitucional, incluía no direito universal à saúde o condicionante nos termos da lei.³² Mais de uma vez, autoridades econômicas federais defenderam, em reuniões e publicamente, que se deva estabelecer um sistema de cobrança por uso, em que cada vez que o indivíduo utilizasse o serviço de saúde pagaria uma taxa, que teria duplo significado: moderar uso e contribuir no custo. Além de inconstitucional, diante da Constituição Federal vigente, existe o seguinte: se são os pobres que estão usando e seria imoral cobrar deles, não acontecerá nem moderação no uso, nem ingresso de recursos novos. “Se os ricos usarem”... Usarão na ponta e pagarão preço vil pelos serviços de alto e altíssimo custo. (Carvalho, 2002)

Outra proposta, em prática em todo o Brasil é a da CPF, Cobrança Por Fora, uma prática inconstitucional, ilegal, mas legitimada, pela tolerância e por posição de autoridades de saúde. Novamente vemos o usuário/usuária

³² O Ministro Adib Jatene defendeu a “cobrança por fora” em vários pronunciamentos. “Albuquerque, que o sucedeu, também dizia, em suas falas, que em nenhum momento a Constituição afirmava que seja obrigação do Estado assumir integralmente a prestação ou o financiamento da saúde” (Carvalho, 2002).

sem recursos, negado (a) no seu direito, pois nesta prática quem tem mais pode pagar por fora e consegue ser atendido nos serviços de saúde e os que menos têm, cada vez ficam mais alijados do acesso, pois ainda há repressão da demanda e as necessidades são maiores que as disponibilidades. Nesse momento, as disponibilidades serão seletivas para aqueles que pagam como a realidade evidencia.

Ainda de acordo com Carvalho (2002) uma outra questão utilizada pelos gestores de saúde hoje, é a privatização de leitos públicos.

Hospitais públicos, mantidos com recursos orçamentários públicos, com servidores públicos, com instalações e equipamentos públicos passam a destinar, por decisão interna um determinado percentual de leitos e serviços para serem “vendidos” aos cidadãos que têm planos e seguros de saúde ou que paguem diretamente ao hospital e/ou a profissionais. São segregadas partes dos hospitais: sala de espera, leitos, acomodações hoteleiras especiais, para serem utilizadas por essa clientela (Carvalho, 2002).

Assim passa a existir na instituição pública uma porta dupla de entrada: uma para os cidadãos com direito ao atendimento público; outra, com muito maiores facilidades de entrada e de recursos, destinada a cidadãos que, além do direito ao público, possuem algum tipo de plano e seguro de saúde, ou façam pagamento extra. O argumento utilizado é o da falta de recursos para manter a instituição. Deste modo, ao abrirem leitos e serviços segregados para uma minoria, que tem mais recursos, justifica-se a entrada desses recursos extras para recuperar e manter os demais leitos e serviços para o restante da população. É de conhecimento do senso comum que os recursos continuam sendo insuficientes para a saúde e a defesa de suas administrações é a privatização de leitos públicos. A grande investida é ver totalmente aprovada no Congresso Nacional (já o foi no Senado) uma Emenda Constitucional que permite, agora oficialmente, a separação de um percentual de leitos para serem vendidos no mercado com entrada privilegiada e acomodações especiais, dentro do próprio serviço público.

Entendemos que a pretensão é oposta ao que se faz com o princípio do ressarcimento a que estão submetidos, legalmente, planos e seguros de saúde. No ressarcimento existe uma porta única de entrada para todos os pacientes e quando estes têm direito a algum plano e seguro de saúde será

cobrado destes, o ressarcimento das despesas havidas para que não se tenha lucro sem matéria. Não há nenhum tratamento diferenciado, os administradores não sabem quem são os clientes e os profissionais igualmente os desconhecem ao contrário da privatização de leitos públicos, que contraria o princípio da igualdade e eqüidade do direito à saúde a todos os cidadãos.

Nos depoimentos abaixo somente um usuário internado (entrevistado) tem a consciência de que essa gratuidade, não é de fato, gratuita. Ele paga pelo serviço prestado.

*... Olha, quando você procura o serviço público a gente tem direito de ser atendido e bem, porque a gente paga imposto... aquele hospital aquela ambulância, aquele médico que muitas vezes te trata mal está sendo pago por você, foi você quem comprou tudo pra aquele hospital, é de todo mundo, mas tem gente que pensa que porque não paga não tem direito, mas a gente paga, mas mesmo assim a gente muitas vezes precisa chamar reportagem, ameaçar pra ser atendido, porque eles querem levar você na conversa. **(Daniel)***

*...Eu lembro do IAPB, IAPC, aquelas filas imensas, pra conseguir uma consulta as pessoas dormiam nas filas e tinha gente que vendia as fichas. Hoje com o SUS o atendimento melhorou. Hoje o problema do SUS é que a demanda é grande e as pessoas não tem condições de ir a consultórios particulares, os médicos são poucos e o Estado não oferece recurso, o Estado oferece poucas condições. **(Betânia)***

*...Hoje é muito bom né, tudo é de graça... Antigamente era atendida só se tivesse o cartão do INPS... Eu mesmo dei a vida a uma vizinha que estava pra morrer... Eu emprestei o meu cartão pro médico operar ela... E agora a gente vai no posto com a identidade faz aquela ficha já fica no computador e você já pode se consultar. **(Susana)***

*Hoje é uma maravilha pros pobres, você vai no posto, você faz a ficha ali, vai logo encaminhado pro hospital. Antigamente só era atendido se tivesse a carteira, nós pobres, a gente ia só para a Santa Casa. **(Paulo)***

Apesar das filas ainda continuarem grandes e o atendimento não ser dos melhores, hoje é bem melhor do que na época do INPS, hoje é de graça.
(Mateus)

Ah ! o SUS eu ainda não me decepcionei com ele, é mais gente pra atender, mas se você tem um médico bom que se interessa por você, por sua doença... eu já fui hospitalizada não sei quantas vezes pelo SUS. Eu entendo que é uma coisa que demora, mas também tem tanto pobre, né ?
(Rute)

O SUS é muito bom e o melhor é porque é de graça. **(Ana)**

*Antes a gente pagava o INPS e tudo a gente fazia tinha que mostrar aquele cartãozinho se não tivesse tinha que pagar, até a prevenção do câncer ginecológico a gente pagava e hoje a gente é atendida em todo posto e em todo hospital de graça.***(Dalila)**

... Hoje é muito é muito bom porque a gente não precisa ir pra Santa Casa, porque antes os outros hospitais só atendiam a quem trabalhava e pagava o INPS, hoje não é mais assim. Hoje a gente pode ir a qualquer hospital. **(Rebeca)**

...Apesar de ter muitas falhas ainda hoje está melhor, eu tiro pela localidade onde eu morei... Lá quando eu era pequeno pra você chegar aqui em Fortaleza era a maior dificuldade do mundo... Agora não, tem tudo tem posto de saúde, hospital, num instante você resolve as coisas.. De primeiro não, não tinha ambulância, não tinha médico, num tinha nada ... Quando eu tinha 12 anos, só era um médico lá que atendia dois meio dia por semana e você ia lá só tinha 20 fichas,... agora você vai lá tem dentista, médico, tem ambulância, tem tudo e tudo de graça **(João)**

A comparação realizada pelos sujeitos entrevistados beneficia o atual sistema de saúde vigente, o SUS, em detrimento do INPS. Ter acesso ao serviço, para quase todos que utilizaram à comparação é como se fosse uma dádiva. A questão da qualidade fica encoberta quando a segurança de atendimento fala mais alto. Entretanto essa universalidade no atendimento por

si só não qualifica o usuário/usuária como cidadão ou cidadã. Esse atendimento tem outras implicações e exigências que incluem entre outras, a informação, que leve este (a) cidadão ou cidadã ao desenvolvimento de ferramentas críticas um processo que exige construção. Não se é cidadão somente por decreto.

6.2. Análise dos dados coletados através do Teste de Associação Livre de Palavras.

A técnica do teste de associação livre de palavras (TALP) utilizada nesta pesquisa revelou a evocação de 1214 palavras, realizada por 100 sujeitos, sendo que 396 palavras foram diferentes. Os dados resultantes do teste foram processados pelo software Tri Deux Mots e interpretados através da Análise Fatorial de Correspondência (AFC).

Analisando-se os dados através do teste de associação livre de palavras (TALP), encontramos uma representação gráfica (Gráfico 1) onde visualizamos a associação dos aspectos semelhantes em contraposição aos diferentes. O gráfico mostra a atração entre as variáveis fixas, que são as características escolhidas pelo pesquisador para os sujeitos e as variáveis de oposição que representam as respostas aos estímulos.

As variáveis de opinião estão organizadas no apêndice III tendo como suporte a maior contribuição por fator (CPF) entre o Fator 1 e o Fator 2, visto que estes mostraram os índices mais elevados, portanto os mais significativos nos resultados.

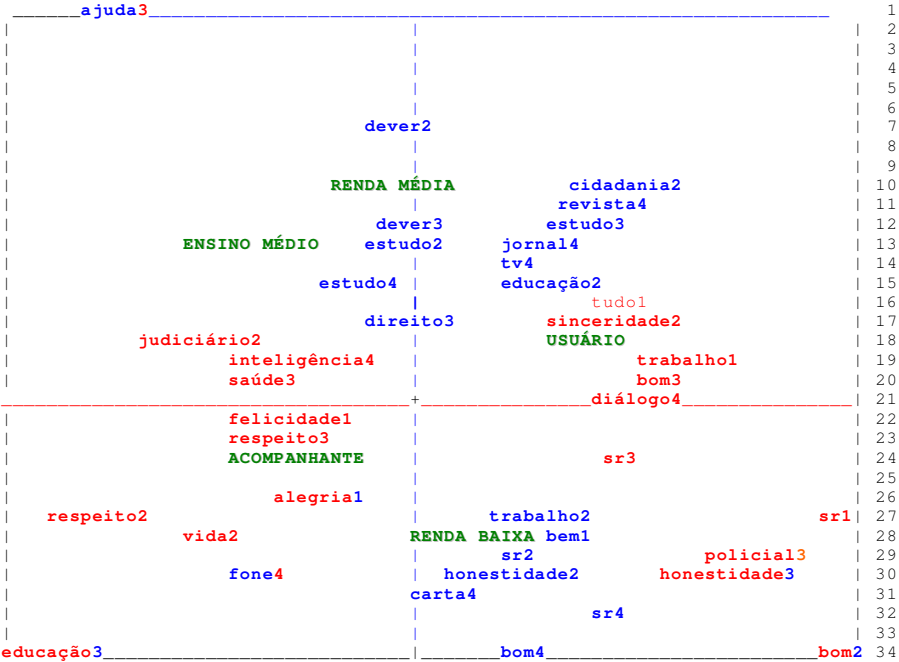
O fator 1 explica 34.6 % da variância total de respostas com o valor próprio igual a 0.052040 e o fator 2 explica 26.5 % de variância com o valor próprio de 0.039930. O somatório dos dados na contribuição do eixo 1 e 2 explicam um total de 61,1 % da variância.

No gráfico 1, o eixo 1 ou F1 encontra-se na linha horizontal, sendo identificado pela cor vermelha e o eixo 2 F2 encontra-se na linha vertical e pode ser identificado pela cor azul.

As variáveis fixas desse estudo foram: posição ocupada no hospital no momento da pesquisa: Usuário e Acompanhante ou Visitante, Renda Familiar e Escolaridade. No momento da aplicação do teste de associação livre de palavras coletamos seis variáveis: sexo, idade e ocupação, renda familiar, escolaridade e a posição ocupada pelo usuário ou usuária naquele instante na unidade hospitalar. Para que seja aplicado o software Tri- Deux Mots no entanto são necessárias três variáveis fixas, optamos pelas três já citadas acima porque elas estavam mais intimamente ligadas ao objeto do nosso estudo. As variáveis de opinião foram os estímulos: 1.Saúde 2.Direito 3.Cidadania e 4.Informação. A representação gráfica mostra a relação entre estas variáveis.

Gráfico 1 : Plano Fatorial dos Eixos 1 (F1) e 2 (F2).

TRI-DEUX Version 2.2
Repr,entation de plans factoriels - janvier 1995
Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
12 rue Cujas - 75005 PARIS
Programme PLANFA
Le nombre total de lignes du tableau est de 66
Le nombre total de colonnes du tableau est de 8
Le nombre de lignes supl,mentaires est de 0
Le nombre de colonnes supl,mentaires est de 0
Le nombre de lignes actives est de 66
Le nombre de colonnes actives est de 8
Le nombre de facteurs calcul,s est de 4
Facteur horizontal : 1
Facteur vertical : 2
Repr,entation des lignes : 3
Repr,entation des colonnes : 3
Nombre des blocs d',dition : 1
Inversion axe horizontal : 0
Inversion axe vertical : 0
Seuil de contribution des lignes : 15
Seuil de contribution des colonnes : 125



ESTIMULOS	FATORES
1. Saúde 2. Direito 3. Cidadania 4. Informação	F1 – Horizontal vermelho F2 – Vertical azul

As variáveis fixas desse estudo foram: posição ocupada no hospital no momento da pesquisa: Usuário e Acompanhante ou Visitante, Renda Familiar e Escolaridade. No momento da aplicação do teste de associação livre de palavras coletamos seis variáveis: sexo, idade e ocupação, renda familiar, escolaridade e a posição ocupada pelo usuário ou usuária naquele instante na unidade hospitalar. Para que seja aplicado o software Tri- Deux Mots no entanto são necessárias três variáveis fixas, optamos pelas três já citadas acima porque elas estavam mais intimamente ligadas ao objeto do nosso estudo. As variáveis de opinião foram os estímulos: 1.Saúde 2.Direito 3.Cidadania e 4.Informação. A representação gráfica mostra a relação entre estas variáveis.

Ao analisarmos o fator 1 as representações que mais contribuíram na formação deste fator observamos que os usuários F1 lado positivo entendem Saúde como Trabalho (CPF = 59) Sem Resposta (CPF = 49) Saúde como tudo (CPF= 15). Direito é entendido como uma coisa boa (CPF= 53) e como sinceridade (CPF= 20). Cidadania como uma coisa boa (CPF= 32) como honestidade (CPF=24) e com Policial (CPF = 22) e sem resposta (CPF = 16). Informação como diálogo (CPF= 22). Os dados mostram que para esse grupo de pessoas que aqui é representado pelo usuário ou usuária que está hospitalizado e possui renda inferior a 2,5 salários mínimos e escolaridade de ensino fundamental, estar doente pode significar um evento altamente incapacitador, principalmente no que se refere ao trabalho. Esse nosso pensamento encontra respaldo no estudo de Boltanski (1994, p.82) que mostra que entre as classes sociais mais baixas, a doença tenderia a ser percebida somente quando houvesse uma incapacitação no desempenho social, representada principalmente pelo trabalho. Acreditamos ainda, que essa relação saúde e trabalho está muito associada à idéia de força, vigor físico,

força utilizada para o trabalho, sobressaindo-se o trabalho como ação humana para realizarem as diversas atividades, com certeza determinada pelas relações sociais nas quais se insere. Tal fato pode refletir o modelo de Estado e sociedade em que estamos vivendo modelo este, em que o vigor físico e a capacidade para o trabalho representam categoria de valor, porque sem trabalho as pessoas não podem oferecer a si e aos seus, condições de uma vida digna. Sabemos que a saúde, independente de qualquer definição idealista que lhe possa ser atribuída, é produto das condições objetivas de vida. Resulta das condições de vida – biológica social e cultural - e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho. Assim, entendemos que é através das relações sociais de produção que se erguem as formas concretas de vida social. E o estado de saúde de cada indivíduo vai depender muito do modo como ele está inserido nessa sociedade. Cinco entrevistados também fizeram essa relação entre saúde e trabalho.

Saúde como Tudo (CPF= 15), trazemos aqui as abordagens de Silva (1992, p.33) que concorda de certa forma com esta posição quando afirma que a saúde constitui-se um elemento essencial da vida humana. Trazemos Escorel (1995) que relata que saúde é um bem maior, um valor universal construtivo da humanidade, é um componente fundamental para a cidadania. Para o usuário ou usuária que se encontra hospitalizado (a), a saúde é mais valorizada, pois ele se encontra em uma situação de fragilidade e vulnerabilidade. E Daniel (1981, p.13) quando afirma que paciente é aquele que recebe a ação ao invés de praticá-la. Ao ser hospitalizado o indivíduo deixa a sua rotina e passa a viver a rotina do hospital que se constitui de um conjunto de normas e regras que ele tem que aceitar e seguir. Essa situação faz com que ele valorize mais o que naquele momento está lhe faltando que é a saúde.

Para esse grupo de pessoas o indivíduo sadio manifesta o “ser saudável” como uma condição para trabalhar, para ensinar, para exercer o seu lazer, para relacionar-se com outras pessoas e com a própria família, tudo isso se resume em vida. Heller (1972, p.17) concorda com esse pensamento quando diz que o ser saudável se expressa nas atividades naturais, espontâneas e inerentes ao cotidiano participando da vida cotidiana com todos os aspectos de sua personalidade e de sua individualidade. E ainda, nela

colocando em funcionamento todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, paixões, ideais e ideologias.

Para os usuários e usuárias que não responderam, isto é, Sem Resposta (CPF= 49) pode transparecer uma condição que para eles ou ela, estar doente e internado, a saúde está longe desses sujeitos, portanto naquele momento não conseguem visualizar o que poderiam definir como saúde.

No segundo estímulo os usuários e usuárias identificaram Direito como Sinceridade (CPF= 20) e como uma coisa boa (CPF =53). Direito como sinceridade nós vamos encontrar no Dicionário do Aurélio (1988, p.223) que também define direito como lealdade, franqueza, retidão, justiça e honradez. Os usuários não encontraram no estímulo Direito o sentido de uma prerrogativa que alguém possui de exigir de outrem a prática ou abstenção de certos atos, ou o respeito a situações que lhe ofereçam poder legítimo. Ninguém fez menção ao direito à saúde, nas entrevistas. Os usuários se lembraram de vários ramos do direito, como direito civil, penal, trabalhista, administrativo, tributário e do consumidor. Esse fato encontra sustentação em Luz (1991, p.29) quando diz que a percepção social da saúde como direito de cidadania é um dado novo, um ponto recente da história das políticas sociais brasileiras. cremos que esta percepção é fruto dos movimentos sociais de participação em saúde. Mesmo que existam alguns avanços na legislação da saúde, consagrando-a como um direito, a consolidação desse direito ainda demanda do desenvolvimento de uma consciência crítica por parte da população, assim como do efetivo exercício da cidadania. Este pensamento ainda é corroborado por Moura (1989, p.19) quando afirma que a explicitação do direito configura um evolutivo processo histórico, determinado pelo gradativo amadurecimento da consciência das pessoas.

No terceiro estímulo Cidadania os usuários referiram como sendo uma coisa Boa (CPF= 32) como honestidade (CPF= 24) como algo relacionado a Policial (CPF = 22) e alguns não encontraram respostas para definir cidadania, e portanto SR (CPF= 16). Demo (1988, p.70) define cidadania como um pressuposto do Estado de direito, que parte, pelo menos na teoria, da igualdade de todos perante a Lei, e do reconhecimento de que a pessoa

humana e a sociedade são detentoras inalienáveis de direitos e deveres. A igualdade entre os indivíduos tem sido uma questão de luta em nossa sociedade, no entanto hoje, tenta-se alcançar a equidade, através do SUS, que o indica como um de seus princípios. Existe uma luta para que haja equidade entre os membros da sociedade, isto é, dar mais a quem tem menos e menos a quem tem mais. Os usuários e usuárias se referem à cidadania como sendo uma coisa boa, como direito e lembram a palavra policial talvez porque o policial demonstra ser uma figura que deve impor respeito e ordem. Vários usuários e usuárias entrevistados fizeram a referência entre cidadania e cidadão eles acreditam que cidadania é ser cidadão. Cidadão para Barchifontaine (1997, p.133) é um ator na construção da sociedade, é uma pessoa revestida de plenos direitos civis, políticos e sociais, e que tem a obrigação de trabalhar pela proteção vigilante do Estado no usufruto dos direitos. Nós entendemos que o cidadão é o indivíduo que tem direitos e deveres perante a sociedade, mesmo que esses direitos e deveres muitas vezes sejam desconhecidos por essas pessoas. O Cidadão hospitalizado também detém esses direitos e deveres, pois mesmo que ele esteja confinado em um ambiente hospitalar e esteja fragilizado, ele deve ser capaz dependendo do seu estado de consciência, de decidir sobre sua saúde e sobre o seu tratamento. Como já foi citado anteriormente na página 44 para Marshall (1967) a noção de cidadania inclui direitos civis, políticos e sociais. No entanto é importante ressaltar que a relação consumidores de serviços de saúde, profissionais de saúde e Estado se constrói e se reconstrói no dia a dia dos sujeitos sociais que a representam. A noção de cidadania como já foi colocado anteriormente é uma construção social inerente às relações sociais e aos processos simbólicos. De acordo com Goulart (1992, p.204),

... no caso da saúde, este “desvelamento do cotidiano” deve abarcar o verdadeiro significado do direito à saúde e o conjunto das representações populares à respeito da doença, das instituições e serviços, de forma a repensar a relação entre o chamado “direito positivo” e o quadro de desigualdades no campo sanitário a que está submetida a população.

No quarto estímulo Informação, os usuários a identificaram como Diálogo (CPF= 15). De acordo com o dicionário do Aurélio (1988, p.361)

Informar, entre outros significados, é dar informe ou parecer sobre, instruir, ensinar, confirmar, corroborar, apoiar, comunicar, avisar. Sabemos que não existe sociedade sem comunicação de informação. A história do homem é a história de sua comunicação com os demais, é a história da luta entre as idéias; é o caminhar dos pensamentos. O pensar e o transmitir o pensamento são tão vitais para o homem como a liberdade física. O homem utiliza a informação para melhor decidir, para melhor escolher os rumos a dar à sua vida, à vida de sua família, à vida de sua empresa, à sua sociedade, à sua religião. De posse da informação o homem reflete e decide com segurança.

No eixo de oposição a F1 (lado negativo) os acompanhantes e visitantes que possuem renda familiar compreendida entre dois e meio salários mínimos e cinco e meio salários mínimos e estão inseridos entre os participantes da pesquisa que possuem o ensino médio identificaram Saúde como Felicidade (CPF = 58) e alegria (CPF= 26). Identificaram Direito como Respeito (CP =94) como algo ligado ao Judiciário (CPF= 36) e como vida (CPF= 22), Cidadania aparece como Educação (CPF= 80) e como Respeito (CPF= 77) como ajuda (CPF= 34) e ainda como Saúde (CPF= 19). Informação para esse grupo são Telefone (CPF= 25) e inteligência (CPF= 19).

Buscamos com estas indicações uma ligação essencial entre saúde felicidade e alegria. O direito à saúde tem como fundamento o direito à vida e à vida em sua plenitude e abundância. Direito de estar bem, o direito a felicidade individual e coletiva. Para esse grupo saúde representa felicidade e alegria, porque é um grupo que não se encontra doente, e por estar acompanhando ou mesmo visitando uma pessoa doente ele já faz uma comparação, até mesmo inconscientemente, do que está sendo a doença para aquele indivíduo. Para ele ou ela realmente é uma felicidade e uma alegria estar do outro lado, isto é, sadio. Várias pesquisas mostram que saúde não é só felicidade e alegria, mas também que a felicidade e a alegria trazem saúde. É uma relação simbiótica, isto é, uma relação com total dependência uma da outra. Já dizia Aristóteles, há mais de 300 anos antes de Cristo, que ser feliz e saudável é fazer o que se gosta, o que se tem prazer. Dizia também que "A felicidade e a saúde são incompatíveis com a ociosidade". Atualmente, o ato de ser feliz já se compreende como uma série de reações positivas no corpo, no cérebro e na mente. Essas reações influenciam diretamente o comportamento e as atitudes

do indivíduo diante da sociedade. De acordo com Cardoso (2005) uma pessoa feliz libera "substâncias do bem", chamadas de endorfinas, também conhecidas como "morfinas endógenas", a dopamina e a serotonina, que causam sensação de prazer e bem-estar. Cardoso ainda relata que também existem substâncias que levam ao medo e à ansiedade que, por sua vez, são necessárias à sobrevivência e são usadas para a defesa de uma situação de perigo. No entanto, se permanecerem circulantes por muito tempo, podem levar a fobias, estresse e depressão. Os sentimentos de alegria e felicidade sinalizam ao cérebro para que ative diversos sistemas como o músculo-esquelético, o endócrino e o cardiovascular, a fim de que o corpo expresse e reaja a essas ativações. Cardoso (2005) lembra também que quando estamos felizes, sorrimos mais. Assim, o córtex cerebral, região cognitiva do cérebro que, entre outras funções, interpreta uma piada e é responsável por deixar as pessoas mais ou menos felizes, aciona mecanismos motores, como os músculos faciais, que esticam a boca e nos fazem rir. Além disso, os músculos torácicos e abdominais acabam por "massagear" os órgãos daquela região. Também dessa mesma forma, movimentam os músculos orbiculares dos olhos, lubrificando-os e tornando-os mais vivos e brilhantes e, dependendo da intensidade, até nos fazem "chorar de rir". O sistema nervoso autônomo, que controla os órgãos internos, ativa a circulação, melhorando o fluxo sanguíneo e aumentando a oxigenação do sangue. Uma outra pesquisa realizada pela *University College*, de Londres, concluiu que a felicidade está diretamente ligada ao bom funcionamento do sistema endócrino e cardiovascular. O estudo confirmou que pessoas mais deprimidas ou estressadas têm maiores risco de desenvolver problemas de saúde. A pesquisa foi realizada com uma amostra de 116 homens e 100 mulheres, entre 35 e 55 anos. As pessoas mais alegres tiveram um desempenho melhor das funções biológicas ligadas ao bem-estar do que as pessoas tristes. O nível de cortisol, hormônio ligado ao estresse orgânico agudo, foi encontrado em menor quantidade em pessoas que dão mais risadas ao longo do dia. Esta substância também está associada ao aparecimento de quadros de diabetes do tipo II e de hipertensão. Cardoso relata ainda, que para o indivíduo ser completamente feliz, precisa prestar atenção às necessidades de seu cérebro e buscar ao máximo satisfazê-las. Ela explica que o cérebro é dividido esquematicamente

em três camadas. A camada interior que se refere às necessidades básicas, como respiração, reprodução, circulação, movimento (como o cérebro dos répteis). A intermediária que se refere as emoções (como o cérebro dos mamíferos) e a superficial, mais desenvolvida nos seres humanos, que é a cognitiva, como o córtex cerebral, que permite ao ser humano planejar, construir, interpretar coisas complexas e até a criação da espiritualidade. Para satisfazer a primeira camada, é necessário que se cuide da saúde. A segunda camada precisa ser preenchida com as relações sociais como amor, carinho, generosidade e solidariedade. Já a terceira camada deve ser alimentada com educação, trabalho, criatividade, habilidades. Ainda de acordo com Dra. Sílvia "O desemprego ou um trabalho feito por obrigação, por exemplo, são grandes fatores de infelicidade e estresse". Direito como respeito nos remete à questão anterior, onde os usuários internados também identificaram direito com retidão, lealdade e fidelidade. O grupo conseguiu fazer a relação entre direito e judiciário. De certa forma quando se fala em direito pensa-se logo em lei. Sabemos que o Judiciário é um Poder e exerce atividade de governo e que é sua incumbência dizer, em cada caso, o que é direito. Cabe ao judiciário exercer uma atividade como que imunológica, rejeitando as leis inconstitucionais bem como declarando a rejeição social de algumas normas. O poder judiciário produz a jurisprudência, que, como a lei, é fonte do Direito. Tudo isso é verdade e, contudo, é preciso que se apregoe a supremacia da lei e se pregue a subordinação do Juiz à lei. Investido na sua função, na forma e em virtude da lei, deve o Juiz fidelidade ao sistema jurídico que o constituiu como órgão seu. O juiz pode, em especiais circunstâncias, pôr entre parênteses alguma norma aparentemente jurídica. Deve, porém, fidelidade ao sistema jurídico que o constituiu, sob pena de trair a missão que lhe foi confiada. Não se prega uma submissão tola, nem cega, mas uma obediência inteligente e voluntária, mais aceita como necessidade social que imposta por coerção autoritária. Não pode desaparecer o dever de obedecer, em consciência, sob pena de tudo se reduzir a um jogo de forças. Mandam os mais fortes, submetem-se os vencidos e, ao termo de tudo, não se tem nem lei, nem Direito, nem Justiça, mas violência, arbítrio e arrogância. Como podemos observar foi muito feliz essa associação feita pelo grupo.

Cidadania aparece como educação, respeito e saúde. Como podemos observar esse grupo identificou no estímulo cidadania alguns direitos sociais. Sabemos que a concretização desses direitos é um anseio da população, mas que a questão mais importante para a materialização desses direitos é sua proteção ou tutela, isto é, os instrumentos jurídicos que assegurem que as proposições contidas na legislação se tornem obrigações de fato para as autoridades públicas e instrumentos concretos de defesa aos quais a sociedade possa apelar perante a justiça. Como diz Bobbio (1991, p.24) “o problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los. Trata-se de um problema não filosófico, mas político”. Entendemos que, para que passem realmente a existir os direitos sociais, é necessário, em primeiro lugar, que a legislação defina claramente os direitos dos cidadãos, as responsabilidades e obrigações da sociedade. Além disso, é preciso que o Estado estabeleça as políticas voltadas para a materialização dos direitos e organize a infra-estrutura de serviços que apóie tais políticas. O direito, sem os instrumentos necessários à sua tutela, torna-se uma mera promessa formal, dificilmente realizável. E isto serve bem mais em relação aos direitos sociais, pelas próprias características destes.

Analisando o fator dois que representa as falas dos acompanhantes que possuem renda familiar compreendida entre dois e meio salários mínimos e cinco e meio salários mínimos e possuem escolaridade ensino médio completo ou incompleto, que mais contribuíram para a formação deste fator, constatamos que essas pessoas não conseguiram expressar saúde. Expressaram Direito como dever (CPF = 59) como cidadania (CPF= 39) como estudo (CPF= 17) e educação (CPF= 15). Expressam cidadania como dever (CPF = 58) como direito (CPF= 33) e como estudo (CPF= 26) e como ajuda (CPF= 58). Quanto ao quarto estímulo que foi informação eles expressaram como televisão (CPF= 26) estudo (CPF= 24) revista e jornal (CPF= 18). Para esse grupo de pessoas que são acompanhantes e visitantes e que naquele momento passam por uma situação de doença em um familiar ou em uma pessoa amiga, fica um tanto quanto difícil definir naquele momento o que seja saúde.

Informação citada como estudo, televisão, jornal e revista. Essa identificação mostra o poder da mídia na sociedade contemporânea como um

fenômeno amplamente reconhecido e comentado, A televisão, a revista, e o jornal destacam-se entre os espaços nos quais os pensamentos e os sentimentos das pessoas se forjam hoje em dia; são grandes instâncias de circulação e produção de discursos e cultura. Os meios de comunicação tanto moldam, quanto refletem aspectos fundamentais do nosso viver.

Para sustentar esse entendimento trazemos Baudrillard (1993) que relata que a sociedade vive com o advento da pós-modernidade, um imenso processo de destruição de significados, igual a anterior destruição das aparências provocadas pela modernidade³³. O que parecia estar seguro e representar algo de certeza perde as certezas. No pós-moderno, a informação se tornou produto de manobra, os fatos são transmitidos através de uma comunicação racional, banal perdendo o sentido e o conteúdo emocional. Tudo isso fazendo parte dos noticiários (imprensa falada e escrita) das novelas, dos desenhos, dos filmes veiculados pelos meios de comunicação de massa, tendo como exemplo predominante, exatamente, um meio de comunicação de massa citado pelos sujeitos da pesquisa, a televisão. A televisão é um equipamento eletrônico presente na grande maioria das casas dos brasileiros e muitas vezes sendo a única fonte de relação/ informação com o mundo. Costa (2000) refere que “a televisão completa 54 anos no Brasil e a sensação é de que faz parte da paisagem”. Afinal ela “é mais importante para o brasileiro do que a geladeira”. Segundo o IBGE, (IBGE, 2000) existem mais de dois milhões de casas com televisor que dispensaram o luxo de ter o outro eletrodoméstico. Assim, a pós - modernidade tem como característica colocar à prova os avanços da ciência, questionando constantemente, gerando paradigmas e pluralidade de pensamento, porém revestida como mercadoria de consumo e poder. A educação, nesse sentido faz parte também desta dinâmica, e talvez seja por isso que os sujeitos deste estudo referiram informação como estudo e Estudo como educação. Atualmente já existem autores que lançaram a idéia do professor como um educador. Dentre esses autores podemos destacar Jacquinot (1998) que propõe o modelo do educador, o que para a autora “não é um professor especializado encarregado do curso de educação

³³ A pauta da modernidade foi freqüente entre os déspotas esclarecidos do século XVIII. O Marquês de Pombal, por exemplo, já colocava de forma enfática a necessidade de “modernizar” o reino Português para superar o atraso nacional.

para os meios, é um professor do século XXI, que integra os diferentes meios nas suas práticas pedagógicas”. Essa nova identidade profissional tem a dupla função teórica, unir as ciências da educação com as ciências da comunicação. A autora defende a idéia de que nós precisamos nos destituir dos pré-conceitos sobre a televisão, e considerá-la como a aliada mais próxima da comunicação, linguagem e modelos identificatórios que os indivíduos possuem em seu dia a dia, muitas vezes fazendo o papel de companheira na ausência dos pais. Sabemos, no entanto, por meio de pesquisas já realizadas, que o público de indivíduos que assistem a televisão, independente de faixa etária, têm uma identidade formada sob a junção de diferentes aspectos, história pessoal, camadas sociais diferentes, mas destacamos particularmente o saber, que é fragmentado, pautado na imagem, no imediatismo e destituído de significados.

No eixo de oposição a F2 (lado negativo), os usuários com renda inferior a dois e meio salários mínimos, portanto classificado por nós nesse estudo como sendo renda familiar baixa, identificaram Saúde como um Bem (CPF = 51) Alegria (CPF = 22). Direito foi identificado como Trabalho (CPF= 49) como Honestidade (CPF = 34), Coisa Boa (CPF=27) e Sem Resposta (CPF = 19). Cidadania foi identificado por esse grupo como educação (CPF= 42) como honestidade (CPF = 23) e Informação é identificada como Sem Resposta (CPF= 41) algo Bom (CPF = 28) como Telefone (CPF = 32) e carta (CPF = 15).

A saúde foi identificada por esse grupo da mesma forma como foi identificada na grande maioria pelos demais participantes do estudo. Sempre se referiram à saúde, apesar das falas contemplarem todos os fatores já citados anteriormente como importantes, sempre o entendimento pareceu vinculado fundamentalmente a um conceito de saúde física, concreta, com outros fatores influenciando-a e, apesar de serem considerados importantes, estiveram subjugados as falas vinculadas à saúde física. Os diversos depoimentos tanto nas entrevistas como no teste de associação livre de palavras, não foram considerados como a saúde em si, mas como algo que interfere nesta. Foi entendida mais pela sua ausência ou negação do que sua presença ou afirmação.

Direito como trabalho foi identificado nesse grupo por ser o trabalho um fator importante de inclusão social, de cidadania e de manutenção do sistema familiar. Uma vez que falta o trabalho a família começa a passar

privações e daí então passa a fazer parte do chamado círculo vicioso da pobreza, saúde e ignorância.

Informação como algo bom, telefone e carta. Para esse grupo a ligação feita entre a informação e alguns meios de comunicação, nos faz lembrar de uma frase escrita por Goethe que dizia: quanto mais distante está, mais de mim se aproxima. Com esta frase ele se referia ao contemplar do pôr-do-sol. Mas podemos tomá-la para pensar as possibilidades de tornar próximo o distante trazido desde a invenção da forma de comunicação mais antiga, a da escrita há cinco mil anos atrás, até as tecnologias mais contemporâneas que conseguiram cada vez mais tornar o ausente, presente, e tornar próximo o distante. Assim, os meios de comunicação representam para esse grupo uma fonte de informação, também representado aqui como uma coisa boa.

A seguir, é possível visualizar, um quadro que elaboramos para mostrar as freqüências relativas das principais verbalizações, em ordem decrescente e segundo os termos indutores da amostra total dos sujeitos (n=100). Contudo, essa abordagem possibilita apenas a visualização de elementos consensuais da pesquisa.

Quadro 17 - Freqüência mais elevada dos estímulos saúde, direito, cidadania e informação evocados no teste de associação livre de palavras.

Estímulo 1 Saúde	Fr %	Estímulo 2 Direito	Fr %	Estímulo 3 Cidadania	Fr %	Estímulo 4 Informação	Fr %
Vida	35	Saúde	25	Direito	40	Saber	32
Tudo	32	Trabalho	20	Dever	25	Comunicação	21
Alegria	22	Alimentação	15	Respeito	24	Jornal	18
Trabalho	21	Cidadania	13	SR	16	TV	16
Felicidade	19	Educação	13	Estudo	10	Estudo	11
Bem	12	Honestidade	11	Cidadania	8	Direito	11
Paz	11	Sinceridade	10	Honestidade	7	Revista	10
Saudável	7	Dever	9	Saúde	7	Diálogo	10
Hospital	6	Respeito	8	Educação	6	Radio	10
Bem estar	6	Estudo	8	Moradia	5	Fone	9
Remédio	5	Moradia	7			SR	9
Médico	5	Liberdade	6			Inteligência	7
		Lazer	6			Educação	7

						Cultura	5
						Informação	5

Fonte: Elaborado pela autora a partir das informações do arquivo referente ao programa IMPMOT (Software TRI-DEUX-MOTS Versão 2.2.).

6.3. Análise do material coletado na observação livre

Durante o período de observação livre, que aconteceu durante o mês de junho de 2005, ocorreram 14 situações que envolveram os aspectos relacionados à priori no nosso estudo e que deveriam ser observados: 1. Atendimento a um pedido ou à queixa do (a) usuário (a) por parte do profissional de saúde; 2. Orientações e informações prestadas ao (a) usuário (a) pelo profissional; e 3. Dúvidas e inquietações do usuário sobre sua doença. Durante esse período percebemos que as situações ocorridas foram mais freqüentes entre o usuário e os atendentes e auxiliares de enfermagem, acreditamos que seja porque estão mais próximo (a) do usuário (a). Observamos quatorze situações, mas aqui iremos relatar somente oito, para que não se torne muito cansativo, já que as situações são bem semelhantes. Para melhor entendimento agrupamos em categorias:

Categoria 1: Atendimento a um pedido ou à queixa do (a) usuário (a).

Situação 1: Uma usuária adolescente estava com monitoramento para ingestão de líquidos. Nesse momento, estava tomando bem devagar e “com muito gosto” um pouco de suco, pois era a hora do lanche. Entra uma profissional de saúde com todos os equipamentos para a coleta de sangue. Sem dizer nada, pega o braço da adolescente. A menina pede: “deixe eu terminar, porque eu não posso tomar água e quero tomar bem devagar esse suco”. Ela não diz nada, retira o copo da mão da menina coloca na mesinha ao lado, pega o braço, coloca o garrote e faz a coleta do sangue. Depois que ela saiu a menina chorou muito baixinho, e não lanchou mais.

Situação 2: Uma acompanhante chamou uma profissional de saúde e informou que a irmã estava sentindo dor. A profissional verificou a prescrição

e disse que ela já havia sido medicada três horas antes. Virou-se e foi embora. A acompanhante novamente perguntou se ela não ia fazer nada, ela disse “eu não tenho nada a fazer”. Ficamos observando se ela tomaria alguma providência. Nada foi feito.

Situação 3: Uma usuária estava recebendo a visita de sua filha, quando começou a ficar com dispnéia. A filha procurou a profissional no posto e informou que sua mãe não estava passando bem e estava com falta de ar. A profissional de saúde dirigiu-se à enfermaria onde estava a usuária, conversou com ela, verificou sua pressão, informou o resultado à mesma (20x 15 mmHg). Em seguida voltou ao posto solicitou ao residente ou interno da clínica que fosse avaliar a senhora, pois ela estava com a pressão alta. A profissional voltou e informou a filha e a senhora que o médico estava a caminho e que a senhora ficasse calma que tudo seria resolvido.

Nos dois primeiros casos pudemos notar alguns procedimentos que denotam descaso das profissionais com as usuárias. Nessas situações as profissionais não tomaram nenhuma providência e nem deram satisfação às usuárias para suas queixas. No primeiro caso a profissional tem o dever de informar a paciente e pedir o seu consentimento para que qualquer exame seja realizado, principalmente por ser uma adolescente, pois além de todas as leis que já falamos nessa dissertação, ainda existe o estatuto da criança e do adolescente (Lei 8069, de 13/07/1990) que dispensa 12 artigos sobre o direito à vida e à saúde (4 artigos, do 15 ao 18) e 8 artigos sobre o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade (do art.7º ao 14º). Na situação 2 a profissional deveria pelo menos ter se interessado e procurado saber da usuária sobre a dor, se era muito forte, se a dor estava relacionada com sua doença, ou dizer a usuária o horário em que ela tomaria o próximo medicamento, ou mesmo tentar alguma forma alternativa para sanar a dor e também comunicar o médico, para que fosse feita uma avaliação, e quem sabe o médico poderia mudar a medicação. Nas duas situações anteriores houve omissão por parte das profissionais. Já na situação 3 a profissional de saúde procedeu de forma muito criteriosa e correta, prontamente atendeu à queixa da usuária e providenciou o atendimento, prestando as devidas informações.

Categoria 2: orientações e informações prestadas ao (a) usuário (a) pelo profissional

Situação 4: A usuária vai tomar uma medicação e pergunta o que é esse comprimido? Porque eu vou tomar agora esse comprimido se eu só estou tomando comprimido três vezes ao dia? A profissional continua calada. Depois que a usuária pergunta novamente. Ela sai e não responde.

Situação 5: Uma profissional de saúde vem em companhia de um outro profissional de saúde que conduz a cadeira de rodas para levar uma usuária para realizar um exame. Ela chega, diz bom dia, conversa com a usuária e explica que exame ela está indo fazer, como é o exame, e ainda diz que se ela tiver alguma dúvida pode perguntar, ela explica tudo para a usuária.

Situação 6: O filho de um usuário estava visitando o pai e disse que o pai mostrou interesse em ler o seu prontuário, a profissional de saúde disse que ele não poderia porque ninguém a não ser a enfermagem e os médicos pode ler o prontuário do usuário internado.

Nas situações 4 e 6 as profissionais de saúde estão subtraindo do usuário um direito líquido e certo do usuário, que é o direito à informação, e a informação sobre sua pessoa. Além de infringir os artigos 4º, 6º e 31º do Código de Defesa do Consumidor, o art 5º da Constituição Federal, o art. 7º incisos V e VI da Lei 8080/90 e de outros instrumentos legais já citados anteriormente, na situação 3 ela ainda infringe mais um artigo do Código de Defesa do Consumidor, que é o artigo 43. O artigo 43º diz que: – O consumidor, sem prejuízo do disposto no artigo 86, terá acesso às informações existentes em cadastros, fichas, registros e dados pessoais e de consumo arquivados sobre ele, bem como sobre as suas respectivas fontes. E ainda no artigo 72, temos as infrações penais: Art. 72- Impedir ou dificultar o acesso do consumidor às informações que sobre ele constem em cadastros, banco de dados, fichas e registros: Pena - Detenção de seis meses a um ano ou multa.

Na situação 5 a profissional agiu de maneira correta, procurou interagir com a usuária, tratando-a com respeito e dignidade.

Categoria 3: Dúvidas e inquietações do (a) usuário (a) sobre sua doença.

Situação 7: O usuário está aflito quando o profissional de saúde e sua equipe chegam. É hora da visita matinal. O professor nem ninguém da sua equipe fazem uma saudação qualquer para os usuários que estão na enfermaria. Finalmente chega a hora dele e enquanto os profissionais conversam, ele espera um momento para pedir alguma informação. Ele pergunta, mas a resposta é confusa e lacônica. E ele continua sem saber nada sobre sua doença.

Situação 8: O profissional está conversando com o usuário e ele pergunta: Doutor o que é isso que eu tenho no coração? O profissional responde que é pericardite e ao contrário da outra equipe, explica, com muita paciência, fazendo analogias, até que o usuário consiga entender realmente o seu problema de saúde.

Na situação 7 os profissionais infringiram novamente o direito à informação, direito esse que além dos instrumentos legais já citados aqui, pode ser encontrado nos códigos de ética de várias profissões. De acordo com a CF /1988, CDC/1990 e Lei 8080/90, o usuário tem direito a receber informações claras, precisas, objetivas, completas e compreensíveis sobre seu estado de saúde, hipóteses diagnósticas, exames solicitados e realizados, tratamentos ou procedimentos propostos, inclusive seus benefícios e riscos, urgências, duração e alternativas de solução. Devem ser detalhados os possíveis efeitos colaterais de medicamentos, exames e tratamentos a que será submetido. Todas as dúvidas dos usuários e usuárias devem ser prontamente esclarecidas. Na situação 8 o profissional de saúde tratou o usuário com consideração, respeito e dignidade que todo cidadão tem direito.

Ficar doente e depender de outras pessoas traz muitos constrangimentos, às vezes às pessoas sentem vergonha e se sentem inutilizados para a vida. Ficar doente representa uma volta para o tempo de criança, é um retrocesso ao tempo em que não se tinha responsabilidade sobre o próprio corpo, afirma Sant'Anna (2000). A condição de um usuário internado

em uma unidade hospitalar, aliada ao transtorno de depender dos cuidados de outras pessoas, somam-se as práticas que constituem o dia a dia de um hospital, onde o corpo do usuário doente passa a ser o principal lugar de manipulação, realizadas por muitas pessoas. Nessa condição o paciente passa a vivenciar a insegurança, vive a angústia da dúvida e a carência de atenção. Essa carência de atenção é visível. A quebra da rotina com a vida cotidiana - trabalho, amigos, família - tudo desencadeia uma carência de presença. Nesse momento os profissionais de saúde funcionam como “doadores” de presença e atenção, figuras fundamentais para restabelecer os laços entre o usuário doente e a vida (Sant’Anna, 2000). O autor ainda relata que a relação profissional de saúde x usuário deve ser uma via de mão dupla, o que na maioria das vezes não ocorre. A relação profissional de saúde x usuário, ocorre com frequência, entre pessoas que, no plano social, representam autoridades técnicas e científicas desiguais.

Gauderer (1995) lembra que o profissional de saúde, imbuído do poder de curar, adquire status e prestígios especiais que, quando não compartilhado com o usuário mediante uma discussão mais ampla sobre suas condições e possibilidades, podem desencadear abuso de poder pela posse de saberes e de segredos que se tornam inacessíveis aos usuários. E Foucault (1977) ainda acrescenta que essa dificuldade histórica está na origem das práticas de saúde. Schraiber (1997) afirma que tendemos a ver essa relação como uma interferência de uma só mão: do profissional de saúde para o usuário. Acreditamos que não será fácil mudar essa relação, mas ela poderá se modificar quando o usuário for colocado em uma posição tão ativa quanto a do profissional de saúde e na medida do possível a queixa do usuário possa guiar o momento clínico.

Considerações finais e proposições

Neste estudo buscamos conhecer a percepção dos usuários e usuárias internadas em uma unidade hospitalar sobre seu direito à saúde como uma questão de cidadania. Para tal foi necessário realizarmos uma abordagem teórica sobre o tema e suas interfaces, que foi feito seguindo-se da análise de conteúdo do discurso dos sujeitos entrevistados e da aplicação do teste de associação livre de palavras, com a finalidade de tornar evidente essa percepção sobre o objeto do estudo.

Ficou claro, tanto no percurso teórico, como também nas evidências empíricas a dificuldade que existe para a garantia do direito quando consideramos a amplitude da significação do termo saúde e a complexidade do direito a esta, que depende do frágil equilíbrio entre a liberdade e a equidade, permeado pela necessidade de reconhecimento do direito pelo Estado e conseqüentemente pelo cidadão.

Encontrar o meio para garantir efetivamente o direito à saúde é a tarefa que se impõe de modo urgente aos atuais constituintes brasileiros. Não basta apenas declarar que todos têm direito à saúde; é indispensável que cada esfera do Governo, federal, estadual e municipal, organize os poderes do Estado e a vida social, de forma a assegurar a cada pessoa esse direito.

É função de todo profissional ligado à área da saúde contribuir para o debate sobre as formas possíveis de organização social e estatal que possibilitem também a garantia do direito à saúde. Essa tarefa se faz necessária porque existe uma desarticulação entre a formulação, a implementação e a gestão de saúde dentro do próprio Estado, que faz com que as políticas acabem se afunilando e resultando apenas em prestação de serviço de diversas naturezas, o que faz com que o direito à saúde se dissolva ou fique abstraído nesse cenário. Como não se avança na questão da equidade, o direito à saúde fica mais camuflado e passa a ser percebido pela população como privilégio, concessão, produto de uma relação contratual e

seletiva. Assim, o usuário ou usuária do serviço de saúde tem uma percepção restrita desse direito, no plano da cidadania, pois ainda se identificam como pacientes/usuários ou usuárias do serviço e não como sujeitos ou cidadãos em gozo de um direito. A percepção da saúde dos usuários/usuárias se apóia nas suas vivências e experiências cotidianas.

A conquista de uma cidadania efetiva e organizada vai depender dos indivíduos, em suas ações diárias. A história tem provado que no dia a dia não basta a cidadania ser um estado de espírito ou uma declaração de intenções e que ser cidadão é compartilhar com os outros a chance de viver a própria história, recusar a inércia. A cidadania é também resultado da convivência social, e essa convivência social se desenvolve contando com determinantes econômicos, políticos, históricos e culturais, pois, conviver demanda reciprocidade, solidariedade, respeito ao próximo e generosidade.

Acreditamos que a convivência social pode se constituir um caminho para se modificar as concepções da saúde como um direito. As evidências encontradas nesse estudo nos levam ao entendimento de que as transformações vão ocorrendo a partir do acesso à informação e ao saber, papel fundamental das agências formadoras, que privilegiam estas áreas do conhecimento. Entendemos que nesse processo é preciso considerar os seguintes aspectos para se ter um projeto de cidadania: a formação, a participação, a autopromoção do indivíduo, o indivíduo como sujeito social, a noção dos direitos e deveres, de democracia, de liberdade, igualdade e fraternidade, o acesso à informação e ao saber.

Em nosso país há os que são mais cidadãos, os que são menos cidadãos e os que não se encontram incluídos nessa escala. Entendemos que o cidadão deve ser multidimensional, onde cada dimensão se articula com as demais na procura de um sentido para a vida, de uma nova sensibilidade. As contradições fazem do Brasil um contexto de desigualdade e subdesenvolvimento que se explicitam nas mais diversas problemáticas conjunturais. O entendimento das contradições implícitas na arena política e social, é condição básica para se compreender a cidadania como um processo histórico e social, onde o homem tem condições de se tornar sujeito histórico, consciente e organizado, com capacidade de conceber e efetivar um projeto individual e coletivo para a sociedade.

Acreditamos que ao conhecermos o que os usuários internados em uma unidade hospitalar compreendem sobre o direito à saúde como uma questão de cidadania, possamos contribuir para futuras discussões de possíveis caminhos para abordagens dos mecanismos envolvidos nas relações de saúde/usuário, com vistas a colaborar concretamente para que o usuário, o público e a sociedade reconheçam o serviço público de saúde como um espaço realmente público e que seja oferecida a oportunidade de engajamento da população às propostas transformadoras que venham em benefício do coletivo através de uma consciente e conseqüente participação popular. Mas que se entenda aqui que participação popular não é só a garantia da presença numérica da população em conselhos setoriais de saúde ou em eventos democráticos como as conferências nacionais, estaduais e municipais, apesar desse tipo de participação ter também característica formativa. A participação popular exige o pré-requisito indispensável da informação, do conhecimento, do preparo, da educação. No entanto, apesar destes pré-requisitos se constituírem direitos de todo cidadão brasileiro, infelizmente, hoje ainda continuam inacessíveis a uma grande parcela da população. Mas, acreditamos que só com a participação de todos e estabelecendo-se uma aliança de corresponsabilidade nas relações de saúde poderá acontecer a construção de um fazer em saúde, não meramente técnico, mas comprometido com a cidadania, pois no Brasil é necessária a participação e a luta de cada um para que todos sejam cidadãos iguais em direitos e deveres. E somente com a transformação do país o direito à saúde poderá se estender a todos os brasileiros e assim ser considerado realmente uma questão de cidadania.

Sugerimos algumas proposições a partir dos resultados desse estudo, relacionadas mais diretamente aos serviços de saúde, aos profissionais dessa área, e aos cidadãos e cidadãs possuidores (as) desse direito a saúde:

Com relação aos serviços de saúde:

- Que o planejamento da assistência em qualquer unidade básica de saúde leve em consideração, o perfil epidemiológico e os anseios da população adstrita;
- Que sejam adotadas formas práticas de levar a informação até a população para que esta seja instrumentalizada tanto quanto for a necessidade dela; e

- Que todos os hospitais públicos e particulares conveniados com o SUS adotem a prática de implantar uma ouvidoria. A ouvidoria tem a função de ouvir os usuários, apurando as denúncias e apresentando soluções em relação ao problema levantado. Recebe e analisa as reclamações e sugestões dos usuários encaminhando o problema aos setores competentes. Também acompanha as providências adotadas, cobra soluções e mantém o usuário/usuária informado. A ouvidoria representa um espaço onde o cidadão pode ter o apoio necessário na hora em que precisar, não só para reclamar, mas para esclarecer dúvidas para poder exercitar da melhor forma possível o seu direito à saúde constitucionalmente assegurado.

Com relação aos profissionais de saúde:

- Que adotem, sem exceção, uma prática democrática onde a relação entre profissionais e usuários oportunizem a educação para a saúde;
- Que estabeleçam com os usuários e usuárias uma aliança para que as estratégias adotadas e o processo de assistência sejam adequados às necessidades dos mesmos;
- Que mantenham integração com a comunidade a qual assistem, oportunizando a essa comunidade a participação nos processos que interferem em sua saúde; e
- Que se lembrem sempre que a conquista de uma cidadania efetiva e organizada depende de todos os indivíduos, em suas ações cotidianas e que a liberdade não é uma dádiva é uma conquista. Cotidianamente não basta a cidadania ser um estado de espírito ou uma declaração de intenções, ela precisa ser resultado de ações conjuntas e solidárias.

Com relação aos cidadãos e cidadãs_possuidores (as) do direito a saúde

- Que se impeça, por todos os meios, que se quebre a universalidade do Sistema Único de Saúde, em qualquer de suas formas explícitas e implícitas;
- Que se lute com mais ênfase, pela não aprovação do projetos de Lei semelhante ao projeto de lei nº 3268/2004 de autoria do Deputado Francisco Gonçalves do PTB de Minas Gerais que dispunha sobre a opção

de acomodação particular para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Pelo projeto, em caso de internação em estabelecimento privado contratado ou conveniado, o usuário do SUS poderia optar por acomodação com padrão de conforto diferente do oferecido pelo sistema, bem como por profissional de sua escolha, contanto que pagasse a diferença. O projeto 3268/2004, tramitou com muita agilidade e estava até 30 de março de 2005 esperando para ser aprovado na Comissão de Constituição e Justiça, e somente uma pequena parcela da população tomou conhecimento deste projeto, e ele representa um assunto da maior importância para a sociedade brasileira, principalmente para a classe trabalhadora, para os aposentados e para os menos favorecidos. E essa não foi a primeira e nem será a última tentativa de se acabar com a universalidade do SUS;

- Que todos tenham a coragem de combater, denunciar e evitar as formas indiretas de quebra da universalidade do SUS, mediante permissão da Cobrança Por Fora (CPF), desde a cobrança de pequenas taxas de material e medicamentos, até pagamentos institucionais de serviços hospitalares e serviços profissionais; e
- Que todos os indivíduos tenham a coragem de denunciar sempre que tiver informação sobre má qualidade do atendimento, falta de medicamentos, deficiências de serviços de saúde, desvios de recursos, falta e despreparo dos profissionais, descumprimento de horários, filas de espera, demora no atendimento, desorganização no serviço, falta de aparelhos, insumos (gazes, esparadrapo, seringas descartáveis, luvas, etc.)

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO N. **Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity – methodological features and prevalence estimates.** The British Journal of Psychiatry 171:524-529. 1997.

ALMEIDA, E. In WESTPHAL, M.F. **Políticas e organização do sistema de saúde; antecedentes, reforma sanitária e o SUS. Gestão de serviços de saúde.** EDUSP, 2001.

American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. American Psychiatric Association. Washington D. C. 1994.

ANDRADE, G. **movimentos sociais, cidadania e saúde: anotações pertinentes à conjuntura atual.** Revista saúde em debate. N° 39. Rio de Janeiro. Junho, 1993.

ARBER S, COOPER H. **Gender differences in health in later life: the new paradox?** Soc Sci Med : 48(1): 61-76. 1999.

ARENDT, Hannah. **A condição humana.** Tradução de Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

ASSIS, Marluce M.A.; KANTORSKI, L. TAVARES, J.L. **Participação popular: um espaço em construção para a conquista da cidadania.** Rev. Brás. Enfermagem; 48(4):329-40, out-dez.1995.

BARDIN, L.aurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Persona, 1995.

_____. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1979.

BARCHIFONTAINE, C.P.Bioética, cidadania e qualidade de vida. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM**, 48. 1996. São Paulo. Anais... São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), 1997, p. 131-135.

BARROS, E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde: In: BRASIL. **Ministério da Saúde. Incentivo à participação popular controle social no SUS. Textos para conselheiro de saúde.** 2ª. ed. Brasília, IEC, p. 29-37. 1998.

BAUDRILLARD, Jean. Televisão Revolução, In: **ANDRÉ-IMAGEM MÁQUINA**, R.J. Editora 34, 1993.

BEJARANO, A. **Recuperar el Estado para fortalecer la democracia.** Analisis Politico. Bogotá, n. 22, p. 143-157,1994.

BERK LS, Felten DL, Tan SA, Bittman BB, Westengard J. - **Modulation of neuroimmune parameters during the eustress of humor-associated mirthful risada.** - Altern Ther Health Med Mar;7(2):62-72, 74-6.2001.

BEM –ZUR H, Rappaport B, Ammar R, Uretzky G - **Coping strategies, life style changes, and pessimism after open-heart surgery.** - Health Soc Work. Aug;25(3):201-9. 2000.

BERLINGUER, G. **O direito a vida e a ética da saúde.** Lua Nova, São Paulo;30: 121-143. 1996.

BERRIDGE V. Dependence: historical concepts and constructs, pp. 1-18. In G Edwards & M Lader (orgs.). **The nature of drug dependence.** Oxford University Press, Nova York. 1990.

BEST, J. W. **Como investigar em educación,** 2ª. Ed. Madrid: Morata, Capítulo 7.1972.

BILAC, E.D. Sobre as transformações nas estruturas familiares no Brasil: notas muito preliminares. Em RIBEIRO, A.C. T & RIBEIRO I. (Orgs.), **Família em processos contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira.** (pp.43-65). São Paulo: Edições Loyola. 1995.

BLEICHER, L. **Saúde para todos já.** Salvador: Étera, 2003.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos.** 10.a.ed. Rio de Janeiro. Campus, 1992.

_____. **O Futuro da Democracia.** Uma defesa das Regras do Jogo. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. 6ª ed. Paz e Terra. 1997.

_____. "O modelo jusnaturalista" in **"Sociedade e Estado na Filosofia Política Moderna"**, São Paulo, Brasiliense, 1991.

BOLTANSKI, Luc. **As Classes Sociais e o Corpo.** 3ª. Ed. RJ: Edições Graal, 1979.

BOSI, M.L.M. & AFFONSO, KC. **Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da rede pública de serviços.** Cad. saúde pública. Rio de Janeiro. 14(2)355-365. Abril - jun. 1998.

BRASIL. PORTARIA 111 de 23/03/1984 - **Dispõe sobre os Hospitais Universitários.**

_____. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª. Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final,** Brasília, 1987.

_____.Ministério da Saúde. **Programa nacional de controle dos problemas relacionados com o consumo do álcool – PRONAL.** Ministério da Saúde Brasília. 1987.

_____. Assembléia Legislativa. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Lei de 05 de outubro de 1988. Fortaleza: INESP, 1988.

_____. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. "**Estatuto da Criança e do Adolescente**".

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. "Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências".

_____. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. www.senado.gov.br/legislacao.

_____. Assembléia Legislativa. **Código de Defesa do Consumidor**. Lei 8078, de 11 de setembro de 1990 e Decreto nº 2181 de 20 de março de 1997. Fortaleza: INESP, 1999.160p.

_____. Ministério da Justiça. **Programa Nacional de Direitos Humanos**. Brasília, 1996.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. "**Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**".

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196/96. Brasil 1996**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. 132, n. 155, p. 12247, Seção 1, pt. 1.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo e prevenção primária - CONTAPP. "**Falando Sobre Tabagismo**". Rio de Janeiro, 1996. <http://www.inca.org.br/prevencao/tabagismo/prejuizos.html>.

_____. Ministério do Meio Ambiente/ Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. **Consumo Sustentável: Manual de Educação**. Brasília: Consumers International/MMA/IDEC. 2002, 144p.

_____. Ministério da Saúde Conselho Nacional de Saúde. **12ª. Conferência Nacional de Saúde. Conferência Sérgio Arouca. Relatório Final**. Brasília. 80p, Brasília, 2004.

_____. Ministério das Cidades – SNIS – **8º Diagnóstico dos Serviços de Água e Esgoto**, 2004.

BRISCOE, J. **Brasil: the new challenge of adult health: a World Bank Country Study**, Washington, The World Bank, 1989.

BRETT KM, BURT CW. **Utilization of ambulatory medical care by women:** United States, 1997-78. Vital Health Stat 13(149) 2001.

BROWN, E. R.; Apud: BUSS, P. M., (org.); 2000. **Promoción de la salud y la salud pública. Una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe.** Rio de Janeiro, Brasil. 1987.

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

BUSSINGER, Valadão. Fundamentos dos Direitos Humanos in: **Política Social e Direitos.** Revista Serviço & Sociedade, nº 53, ano XVIII, Ed. Cortez. SP. P.11. Março 1997.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da Reforma. Repensando a saúde.** Editora Hucitec. São Paulo, 1992.

CAMPOS, J.Q. **Políticas e Sistemas de Saúde.** São Paulo; Editora Jotacê, 1993.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação.** São Paulo; Cultrix, 1982. 442p.

CARVALHO G C. Marques de. **O Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde 1998-2001.** Tese de Doutorado. 2002.

CARDOSO, S.R. **Informativo Vida e Saúde.** Ano II nº 9. Campinas São Paulo; Janeiro a Abril de 2005.

CASTRO J. **Geografia da Fome** (O Dilema Brasileiro: Pão ou Aço). 10ª Ed. Rio de Janeiro: Antares/Achiamé. 1980.

CIBOIS P. **Programa Tri-Deux-Mots.** (Versão 2.2). Ed. UFR-Sciences Sociales, Paris. 1995.

CHAUÌ, Marilena de Sousa. **Desvios 3: Considerações sobre o realismo político.** Editora Paz e Terra. São Paulo, 1984 104p.

CHAVES, N., **Fome, Criança e Vida.** Recife: Fundação Joaquim Nabuco/Editora Massangana. 1982.

COHN, A; ELIAS, P.E. Saúde no Brasil – **Políticas e organização de serviços,** 2001.

COHN, Amélia; NUNES, Edson. JACOBI, Pedro et al. **A saúde como direito e como serviço.** SP. Cortez, 1991.

COHN, Amélia. **Estado e sociedade e as configurações do direito à saúde.** Ciência saúde coletiva;8(1);09-18,2003.

COHN A. Spínola A. W. P. E.. Sá, W. C.. F. Westphal, R. C. F. Adorno & F. Zioni, coords.). Debatendo a questão das políticas de saúde e movimentos e atores sociais. **In: Pesquisa Social em Saúde.** pp. 113-116, São Paulo: Cortez.

CORREA, Iolanda Maria Silva. **Representações sobre saúde das lideranças de uma comunidade em luta pela cidadania.** Belém.s.n:1995.169p.

COUTINHO, M.P.L. **Depressão infantil:** uma abordagem psicossocial. João Pessoa> Editora Universitária/ Autor Associado, 2001.

COSTA, LUIS. **Os paradoxos da TV no seu cinquentenário.** O Estado de S. Paulo, São Paulo, Caderno Cultura, 18 jun. 2000.

COSTA, S. **Esfera pública, sociedade civil e movimentos sociais no Brasil.** Novos Estudos CEBRAP, São Paulo, vol. 38, p.38-52, 1994.

CUNHA, R. F.; DELBEM, A. C. B.; PERCINOTO, C. & SAITO, T.E.; **Dentistry for babies: A preventive protocol.** Journal of Dentistry for Children, 67, 2: 89-92. 2000.

DANIEL, L.F. **A enfermagem planejada.** 3ª. ed. Ver ampl. São Paulo: E.P.U. 1981, 135p.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **O que são direitos da pessoa.** 10ª. edição.São Paulo. São Paulo: Editora Brasiliense, 2004.

_____. Da Fundamentação natural da lei à conquista dos direitos fundamentais. In: **SAÚDE MENTAL E CIDADANIA.** São Paulo, Mandacaru, 1987. p. 29-43. Tempos Modernos 2.1987.

DEMO, Pedro. **Cidadania menor: algumas indicações quantitativas de nossa pobreza política.** Petrópolis: Vozes, 1992. 192P.

DEMO. P. OLIVEIRA, Liliane L N. A de. **Cidadania e direitos humanos, sob o olhar das políticas públicas.** IPEA, Brasília, p 14. 1994.

DEMO, Pedro. **Ciência, ideologia e poder. Uma sátira às Ciências Sociais.** São Paulo, Atlas, 1988.

DIMENSTEIN Gilberto. **O cidadão de Papel.** Editora Saraiva. 2004.

DIXON M & Sweeney K . **The human effect in medicine: theory, research and practice.** Radcliffe Medical Press, Oxford. 2000.

DORNELES, João Ricardo W. **O que são Direitos Humanos?** São Paulo, Brasiliense, Coleção Primeiros Passos, 1989.

DROTAR, D. (Org.). **Promoting adherence to medical treatment in chronic childhood illness: concepts, methods, and interventions.** Nova York: 2000

EDWARDS G, GROSS MM, KELLER M & MOSER J. **Alcohol related problems in the disability perspective.** Journal of Studies on Alcohol 37:1.360-1.382. 1976.

EDWARDS G & GROSS MM. **Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome.** British Medical Journal 1:1.058-1.061. 1976.

ESCOREL, Sarah. Saúde: Uma questão nacional. In TEIXEIRA, S.F. (Org.) **Reforma sanitária; em busca de uma teoria.** 2ª. Edição. São Paulo; Cortez, 1995. p. 181-192.

FAO. A Report of the Study on the Nutritional Impact of Armed Conflicts on Children@, Roma, 1996.

FALLOWFIELD et al. **Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial.** BMJ 301:1524-5. 1990.

FENNELL, R. S., Foulkes, L. M., & Boogs, S. R. **Family-based program to promote medication compliance in renal transplant children.** Transplantation Proceedings, 26, 102-103. 1994.

FERREIRA, Sueli Mara S. P. Design de biblioteca virtual centrado no usuário: a abordagem do Sense-Making para estudos de necessidades e procedimentos de busca e uso da informação. Ciência da Informação, Brasília, v. 26, n. 2, maio/ago. 1997. **Disponível em:** <<http://www.ibict.br>>. **Acesso em: 30 jan. 2005.**

FERREIRA, M. P. & LARANJEIRA, R. Dependência de substâncias psicoativas. Em L. Ito & cols. (Orgs.), **Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos** (pp. 105-121). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (1998).

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa.** Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1988.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa.** Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 2001.

FISHER, Izaura e ALBUQUERQUE, Lúcia. "O assalariamento da força de trabalho feminina rural". **Cadernos do CEAS**, 162: 56-65. Salvador, Centro de Estudos e Ação Social, mar - abr., 1997.

FLEURY, S. M. **A análise necessária da reforma sanitária.** Saúde em debate, Londrina (Paraná), out. 1998.

_____. **Bases sociais para a reforma sanitária no Brasil.** Saúde em debate, Londrina (Paraná), jun. 1991.

FOLEY, G. V. **Enhancing child-family-health team communication.** *Câncer Supplement*, 71, 3281-3289.1993

FOUCAULT, M. **O nascimento da Medicina Social. Microfísica do poder.** Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M., **O Nascimento da Clínica,** Rio de Janeiro: Editora Forense - Universitária. 1980.

FOUCAULT, M., **Vigiar e Punir - História da violência nas prisões.** Petrópolis: Editora Vozes. 1977.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de Conteúdo.** Plano Editora 2003

FRANCO, S.R.K. **Aprendizagem e construção do conhecimento.** (mimeo).

FRANÇA, G.V. de. **Comentários ao Código de Ética Médica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1994.

FRAZIER, P. J. & HOROWITZ, A. M.; **Oral health education and promotion in maternal and child health:** a position paper. *Journal of Public Health Dentistry*, 50, 6: 390-395.1990.

FRY W. F. Jr - **The physiologic effects of humor, mirth, and laughter.** - *JAMA* Apr 1; 267(13):1857-8 Related Articles, Books, LinkOut.1992.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatística da Saúde: assistência médica - sanitária 1999.** Rio de Janeiro: IBGE 2000

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios- 1998** Rio de Janeiro: IBGE; 2000

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde-1998.** Rio de Janeiro - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Censo 2001- [CD ROM] 2001.

_____. **IBGE, Pesquisa Sobre o Padrão de vida.** Brasília: Endereço Eletrônico: <http://www.ibge.gov.br/imprensa/noticias/ppv11.html>.

GADOTTI, M. e JACOBI, P. Participação e Descentralização: a experiência educacional de São Paulo na Gestão Luiza Erundina In: **Anuário da Educação-**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. P. 237-260, 1995.

GAUDERER, Ernst. Christian. **Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência**. 5ª. Edição. Rio de Janeiro; Record, 1995. 223p.

GARCIA, Juan César. **Pensamento Social em Saúde na América Latina**. SP. Cortez, 1989.

GIFFONI F. et al. **Saúde Mental e cidadania**. São Paulo. 1990

GERALDES, Paulo César. **A saúde coletiva de todos nós**. RJ: Revinter, 1992.

GONÇALVES, Gladys Hebe Turussi. **Diagnóstico de comunidade com enfoque na saúde no bairro Imarui, Itajaém, SC**. Florianópolis: UFSC, 1990. Dissertação Mestrado em Enfermagem Programa de Pós Graduação, UFSC, 1990.

GOODE, William J., HATT, Paul K. **Métodos em pesquisa social**. 3ed.. São Paulo: Nacional, Capítulos 9 a 13, 16 e 17. 1999.

GOULART, F. **Políticas e Instituições de Saúde: o vivido, o percebido e o representado**. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro, ENSP/ FIOCRUZ, 1992.

GRAU CUNILL, Nuria, **La rearticulacion de las relaciones Estado-Sociedad: em búsqueda de nuevos sentidos**. Endereço Eletrônico: <http://tce.sc.gov.br/biblioteca/artigos/lareartrelest.html>.1998.

GRINOVER, Ada Pellegrine; BENJAMIN, Antônio Herman V. et. Al. **Código Brasileiro de Defesa do Consumidor Comentado pelos Autores**. 7a. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005, p. 243

GRINOVER, Ada Pellegrine. **Código de Defesa do Consumidor**. 2ª.Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

HAIJ – El – Abu-J Kawdat, AQUINO de Alves Jackson et al. **Estado, Cidadania e Políticas Públicas**. Editora UFC. Fortaleza, 2002.

HASSED C. - **How humour keeps you well**. - Aust Fam Physician. Jan;30(1):25-8, 2001.

HELLER A. **Teoría de las necesidades en Marx**. Barcelona: Península; 1972

HEMMINGSSON T, LUNDBERG I, ROMELSJÖ A & ALFREDSSON L. **Alcoholism in social classes and occupations in Sweden**. International Journal of Epidemiology 26:584-591.1997.

IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. **Água: um bem comum ameaçado**. São Paulo. 2005.

JACQUINOT Geneviève – Palestra proferida pela professora da Universidade de Paris durante o **I Congresso Internacional de Comunicação e Educação**
Tema proferido: O que é educomunicador? 1998.

JELIN, E. **Família y gênero: notas para el debate**. Em Estudos Feministas, 3, (2),394-413. 1995.

JOFFE AH. **Alcohol and social complexity in ancient Western Asia**. Current Anthropology 39: 297-322. 1998.

KAHN, R.L. & CANNEL, C. E.: "Entrevista: investigación social". En **ENCICLOPEDIA INTERNACIONAL DE LAS CIENCIAS SOCIALES**, Madrid, Aguilar, 1976, vol. 4, págs. 266-276.

KANT, I., 1996. **Crítica da Razão Pura**. São Paulo: Editora Nova Cultural, Coleção Os Pensadores.

KAPLAN HI, Sadock BJ & Grebb JAA . **Synopsis of psychiatry**.7a. ed. Williams & Wilkins, Baltimore,1257pp. 1994.

KICKBUSCH, I., 1996. In: **Promoción de la salud: uma antologia** (OPS, org.), pp. 557, Washington, D.C.

KINDER, H. HILGEMANN, W. **The Anchor Atlas of World History**. Londres: Penguin Books, 2v, 1995.

L'ABBATE, S. **O direito à saúde: da reivindicação à realização**. Projetos de Políticas de Saúde em Campinas. Tese de Doutorado, São Paulo, USP, 1990.

LARANJEIRA, R. & PINSKY, I. **O alcoolismo**. São Paulo: Contexto. 1997.

LENIN, V.I. Proyecto de Declaracion de los Derechos del Pueblo Trabajador y Explotado. In: **Obras Escogidas em Dos Tomos**. Moscou: Ediciones em Lenguas Extranjeras, 1948, p. 327-329.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L. D de MACHADO, C.V. **Políticas de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.445-450, 2001.

LIBÂNIO, João Batista. **Ideologia e Cidadania**. Editora Moderna.160p. 2004.

LITVAK, J. RUIZ; L, RESTREPO, H.E. McALLISTER, A. **The growing noncommunicable disease burden, a challenge for the countries of the Americas Bull**. Pan.Am.Health. Organ, 21: 71-156, 1987.

LOEWENSTEIN, Karl. **Teoria de la Constitución**. 2.ed. Trad. Alfredo Gallego Anabitante. Barcelona : Ediciones Ariel, 1970.

LUZ, Madel T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição democrática” - Anos 80.** Rev. Saúde em Debate. CEBES, n.32, p. 27-31, jun, 1991.

MACALUSO MC. - **Humor, health and healing.** ANNA Jan-Feb;20 (1):14-6.1993.

MAGALHÃES, José Luiz Quadros, **Universalização de Direitos Humanos e o novo Estado Democrático de Direito**, Endereço eletrônico www.uscom.br/doutrina/pudhedd.html [http: l/orion ufrgs. br/mestredirlarticios/dirhum htm.](http://l/orion.ufrgs.br/mestredirlarticios/dirhum.htm) Acesso em 20.03.2005.

MARQUES, Cláudia Lima. **Contratos no código de defesa do consumidor.** 3.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003. p. 337/338.

MARSHALL, T.H. **Cidadania, classe social e status.** Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MATTOS, Albertina Maria. **Participação popular ou cidadania regulada: movimentos populares pela saúde no Rio de Janeiro (1980-1988).** Rio de Janeiro. UFRJ. 1989. 167p.

MILLER, N. H. **Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases.** The American Journal of Medicine, 102(2A), 43-48. 1997.

MILIO, N. & KATZ. M.; **promoting health through public policy.** Journal of Health Politics Policy and Law, 8, 1: 176-177. 1983.

MINAYO, M.C.S. & SANCHES, O. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 9 (3), p. 239-263, jul/set. 1993.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento, Pesquisa Qualitativa. em Saúde,** Saúde em Debate, São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992.

MINAYO, M. C. S. (org.), 1998. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.** Rio de Janeiro. Ed. Vozes.

MORREALL J. - **The Philosophy of Laughter and Humor** - Albany: SUNY Press 1987.

MUKHOPADHYAY S. **Working status and stress of middle class women of Calcutta.** J Biosoc Sci 1989; 21(1): 109-114. [Medline].

MOURA, Demócrito. **Saúde não se dá: conquista-se.** SP: Hucitec, 1989.

NEGRI. J.; VIANA, Ana L. D Ávila et al. **O SUS em 10 anos de desafio,** 2003.

NÓBREGA-THERRIEN, S. THERRIEN, J. **Os trabalhos científicos e o estado da questão. Reflexões teórico - metodológicas.** Rev. Avaliação Educacional. Fundação Carlos Chagas. V.5 nº30. p.5-16, julh-dez. 2004.

NOLAN, T., DESMOND, K., HERLICH, R., & HARDY, S. **Knowledge of cystic fibrosis in patients and their parents.** Pediatrics, 77, 229-235. 1986.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Global Employment Trends Brief**, January 2006

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Mortality from ischaemic heart disease in industrialized countries. *Wkly. Epidem. Rec.*, **62**: 233-6, 1987.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.** Artes Médicas, Porto Alegre, 351 pp. 1993.

ORTNER, S.B. Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura? In : Rosaldo, M.Z & Lamphere, L. (Coord.) **A mulher, a cultura e a sociedade** (Coleção o Mundo, Vol.31. (Ankier, C. & Gorenstein, R., Trad pp.95-121. Rio de Janeiro: Paz e Terra. (Trabalho original publicado em 1978). 1979.

OLIVEIRA, M.L. e SILVA, M.T. Educação em saúde: repensando a formação de professores. In Revista brasileira de saúde escolar, vol.1, n.2. SP. ABSE, 13-22. 1990.

OLIVER, Fátima Correa. A atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência no sistema de saúde do município de São Paulo: uma questão de cidadania. São Paulo, 1990. 150p.

ONU. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do Alto Comissariado de Direitos Humanos/ONU. **Comentário Geral número 12** - O direito humano à alimentação (art.11). ONU: Genebra. 1996.

_____. ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS, Declaração Universal dos Direitos Humanos. Genebra: ONU. 1948.

OPS ((Organización Panamericana de la Salud), 1996). **Promoción de la salud: una antalogia.** Washington, D.C.

PAOLI, M. **Movimentos Sociais: Cidadania e Espaço Público – Anos 90.** Humanidades, Brasília, 3(4); 498-504. Ed. Um, 1992.

FAO. **Plano de Ação da Cúpula Mundial de Alimentação.** Roma, 1996. http://www.fao.org/wfs/index_es.htm

PESSOTTI I. **Deficiência mental: da superstição à ciência.** TA Queiroz, São Paulo. 206 pp. 1984.

PIAGET, J. **A epistemologia genética**. São Paulo, Editora Martins Fontes.1978

PINSKY, Jaime; PINSKY, Carla Bassanezi (Orgs). **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2003.

PINTO, V. G.. Educação em saúde bucal. In: **Saúde bucal coletiva** (V. G. Pinto, org.), pp. 311-317, Livraria Editora Santos. 2000.

PUTNAM, R. Making democracy work. New Jersey: Princeton University Press, 1994.

RAPOFF, M. A., & CHRISTOPHERSEN, E. R. Improving compliance in pediatric practice. **Pediatric Clinics of North America**, 29, 339-357. 1982.

REVISTA VEJA edição de 25 de fevereiro de 2004. Ano 37, edição 1842, Editora Abril.

RESENDE, A.L.M.; **Saúde dialética do pensar e do fazer**. São Paulo, Editora Cortez. 1986

RIBEIRO, H.P. **O hospital: história e crise**. São Paulo; Cortez, 1993. 135p.

RODRIGUES, Paulo Henrique; KORMIS, G.E.M. Os (des) caminhos do direito à saúde no Brasil. Rio de Janeiro. UERJ. 1999. 33p. (Estudos de saúde coletiva, 197).

ROBINSON A & LINDEN MG. **Clinical Genetics Handbook**. Blackwell, Boston, 614 pp.1993.

Relatório Belmont - **The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects**. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012, 1978.

SÁ Celso Pereira. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria in: SPINK, Mary Jane (org). **O conhecimento no cotidiano**: as representações na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 19-45.

SAMPSON PD. **Incidence of fetal alcohol syndrome and prevalence of alcohol-related neurodevelopment disorder**. *Teratology* 56:317-326. 1997.

SANTANA, M.J.D. **O direito à saúde para o exercício da cidadania**. Rev. Enfermagem UERJ; 1(2): 68-76, nov.1993.

SANT'ANNA D. **Pacientes e passageiros**. Interface-comunicação, saúde, educação 4(1): 13-20. 2000.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Por uma Concepção Multicultural de Direitos Humanos**. São Paulo: Revista Lua Nova, n. 38, 1996.

SANDOVAL, Salvador A.M. Algumas reflexões sobre cidadania e formação da consciência política no Brasil. In: SPINK, Mary Jane (org.). **A cidadania em construção**. SP: Cortez, 1994.

SAWAIA, Bader Burihan. Representação e ideologia: o encontro desfeticizador. In: SPINK, Mary Jane (org.). **O conhecimento no cotidiano**. SP. Brasiliense, 1993.

SCHRAIBER I. **No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho médico**. Interface - comunicação, saúde, educação 1 (1):123-140. 1997.

SCHUCKIT M.A. **Abuso de álcool e drogas**. Artes Médicas, Porto Alegre, 356 pp.1991.

SILVA, José A.. da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Malheiros Editores, 1998.

SILVA, E.B.N. A **Relação familiar e o idoso**. Gerontologia, 4(2), 75-78. 1996.

SILVA, Maria Elisabeth Kleba. **Educação em Saúde na Assistência de Enfermagem: um estudo de caso em Unidade Básica de Saúde**. Florianópolis: UFSC, 1992. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Programa Pós Graduação em Enfermagem, UFSC, 1992.

STUART MILL, J. On liberty and the subjection of women. Hertfordshire, U.K, Wordsworth Classics, 1996.

TAKAHASHI K, Iwase M, Yamashita K, Tatsumoto Y, Ue H, Kuratsune H, Shimizu A, Takeda M. - **The elevation of natural killer cell activity induced by laughter in a crossover designed study**. Int J Mol Med Dec; 8(6):645-50.2001.

TRAVASSOS C, VIACAVA F, FERNANDES C, ALMEIDA CM. **Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil**. Ciência Saúde Coletiva 2000; 5(1): 133-149.

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

VALLA, Victor Vicent. STOTZ, Eduardo N. **Participação popular e saúde**. Petrópolis: CDDH/CEPEL, 1993

Educação, saúde e cidadania. RJ: Vozes, 1994.

VALLA, Victor Vincent. **Participação popular, educação e saúde**. RJ: Relume Dumará, 1989.

_____. **Participação popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício da cidadania.** Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.1993.

VALLA, V. V., 2000. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. *Interface –Comunicação, Saúde e Educação*, 4, 7: 37-60. Botucatu, SP: Fundação UNI.

VALLE BL . Alcohol in the western world. *Scientific American* 278:62-67. 1998.

VASCONCELOS, Eymard M. **Educação Popular nos serviços de saúde.** SP: Hucitec, 1989.

VELLOSO, Vitória. **Direito: concessão ao imaginário.** Dissertação apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública /FIOCRUZ.Rio de Janeiro. 1994. 200p.

VIANA, A.L. HEIMANN, L.S; LIMA de,L.D; OLIVEIRA,R.G; RODRIGUES,S da.H. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. V.18, p.139-151, 2002, suplemento.

VIEIRA, Liszt. *Cidadania e Globalização*, Rio de Janeiro, Editora Record, p-15-41. 2001.

WAMALA SP, Lynch J, Kaplan GA Women' s exposure to early and later life socioeconomic disadvantage and coronary heart disease risk: The Stockholm female coronary risk study. *Int J Epidemiol* 2001: 30(2):275-284.

WALDRON I. Herold J. **Employments, attitudes toward employment, and women's health.** *Women Health* 1986; 11(1): 79-98.

WANDERLEY, M. T.; NOSE, C. C. & CORRÊA, M.S.N.P.; Educação e motivação na promoção da saúde bucal. In: **Odontopediatria na 1ª infância** (M.S.N.P. Corrêa.; org.), pp. 389-402, São Paulo: editora Santos. 1999.

WHITE KL. **Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia.** OPAS (Publicación Científica, 534) Washington. 1992.

WHO (World Health Organization). Constitution of the World Health Organization. *Official Records of the World Health Organization*, 2. 1946.

WHO (World Health Organization), **The Ottawa Charter for health promotion. Health Promotion 1, III-v**, Geneva: WHO.1986

WHO (World Health Organization) The Adelaide Recommendations, healthy public policy. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO.1988

WHO (World Health Organization),] To create supportive environments for health. **The Sundsvall Handbook**, Geneva: WHO. 1991

WHO (World Health Organization). **Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI**, Indonésia: WHO. 1997

WOORTMANN, K. **A família das mulheres**. Coleção Biblioteca Tempo Universitário, n. 82. Rio de Janeiro/Brasília: Tempo Brasileiro/CNPQ. 1987.

WOORTMANN Ellen F. **Parentes, herdeiros e compadres, colonos do sul e sitiante do Nordeste**. Hucitec/ Ed. UNB, São Paulo/ Brasília.

ZUANON, A. C. C.; MALAGOLI, D. M. & GIRO, E. M. A. **A importância do reforço constante na motivação do paciente**. JBP – Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê, 2, 9: 391-396. 1999.

Apêndice I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Como aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública estou desenvolvendo uma pesquisa com o nome **Direito à saúde como uma questão de cidadania: A realidade sob a ótica do usuário**. Este estudo tem o objetivo de analisar o conhecimento que os usuários atendidos numa unidade hospitalar têm sobre seus direitos de saúde como uma questão de cidadania. Os resultados desta pesquisa poderão servir de ajuda para a construção de programas de saúde e assim melhorar o atendimento nos hospitais públicos de Fortaleza. Assim, gostaria de pedir ao Senhor ou a Senhora para participar desta pesquisa, já informando que tudo o que for dito durante a entrevista será gravado e só será utilizado para a finalidade a que se propõe a pesquisa. Essa pesquisa oferece o menor risco possível para o senhor ou senhora, e todas as normas de segurança serão observadas. Em qualquer momento durante o andamento da pesquisa, o Senhor ou a Senhora têm liberdade para desistir. Sua vontade será respeitada. As dúvidas poderão ser tiradas comigo que sou a responsável pela pesquisa e meu nome é: Shandra Carmen Sales de Aguiar, fones: 3088.65.15 ou 3094.01.17. Sua participação é muito importante para que o meu trabalho possa se realizar e desde já agradeço a sua colaboração.

Shandra Carmen Sales de Aguiar

Tendo sido informado sobre a pesquisa acima, e conhecendo o seu objetivo concordo de livre e espontânea vontade, participar da mesma.

Nome do entrevistado: _____

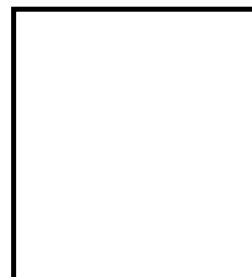
Assinatura: _____

Polegar:

Data do aceite: ____/____/____

Testemunha: _____

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa: 4009. 83.38



Apêndice II

Roteiro de Entrevista

1.DADOS PESSOAIS

- 1.1..Nome_____
- 1.2.profissão_____
- 1.3. Idade: _____ 1.4. Renda Familiar: _____.
- 1.5. Escolaridade: _____ 1.6. Naturalidade: _____
- 1.7. Estado Civil : _____ 1.8. Filhos _____

2. ATENDIMENTO RECEBIDO NA UNIDADE HOSPITALAR

- 2.1. Você já recebeu alguma informação sobre seu problema de saúde?
- 2.2. Caso tenha recebido a informação. Você entende o que o lhe informaram?
- 2.3. Caso não tenha recebido a informação. Você pergunta? Você tem vontade de perguntar? Porque não pergunta? Você se sente à vontade para perguntar?
- 2.4 Recebeu informação sobre os medicamentos que toma?
- 2.5.. É informado sobre os procedimentos (exames, medição de pressão, pulso, etc) utilizados no seu tratamento?

3. CONHECIMENTO SOBRE O DIREITO A SAUDE E CIDADANIA

- 3.1.O que você faz para se manter com saúde? Que cuidados você toma para não adoecer?
- 3.2. O que você considera que possa interferir na sua saúde?
- 3.3. Você acha que a pessoa tem algum direito relacionado à saúde?
- 3.4. Quais são esses direitos?
- 3.5. Você sabe em que lei nós temos garantido o direito à saúde?
- 3.6. Você acha que tem direito a uma explicação sobre sua doença, por parte de quem cuida de você?
- 3.7. O que você faz para cobrar os seus direitos?
- 3.8. O que você entende por cidadania?
- 3.9. Você já participou de algum movimento por melhores condições de vida, de saúde? De alguma associação de moradores ou qualquer outra associação?
- 3.10. Você acha importante a participação das pessoas nessas entidades?
- 3.11. O que você achou de ter participado dessa entrevista?

Apêndice III

Observação

1. Atendimento à queixa do usuário, por parte do profissional de saúde.
2. Orientação e/ou informação dadas ao usuário
3. Dúvidas/ e ou inquietações do usuário sobre sua doença

Apêndice IV

Teste de Associação Livre de Palavras

1. Dados de Identificação

- 1.1. Nome: _____
- 1.2. Idade: _____ anos 1.3. Escolaridade: _____.
- 1.4. Profissão/Ocupação: _____
- 1.5. Estado Civil: _____ 1.6. Renda Familiar : _____ S.M.
- 1.7. Reside em _____ 1.8. Nº de Filhos _____.

2. Termo Indutor: SAÚDE

Quando eu falo a palavra saúde quais as primeiras palavras que lhe vem a mente?

3. Termo Indutor: DIREITO

Quando eu falo a palavra direito quais as primeiras palavras que lhe vem a mente?

4. Termo Indutor: CIDADANIA

Quando eu falo a palavra cidadania quais as primeiras palavras que lhe
lhe vem a mente ?

5. Termo Indutor: INFORMAÇÃO

Quando eu falo a palavra informação quais as palavras que lhe vem a
mente ?

Assinatura do Entrevistado: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Data _____

Apêndice V

Banco de Dados

121tudo1 trabal1 vida1 comer2 estudo2 sincer2 dever3 direit3 estado3 comuni4 dialo4
tv4*

111vida1 trabal1 tudo1 bom2 oportu2 sincer2 morar3 dormir3 comer3 inform4 tv4
jornal4 comuni4*

112viver1 comer1 trabal1 direit2 fideli2 sincer2 estudo3 comer3 morar3 revist4 jornal4
tv4*

123vida1 tudo1 correr1 estudo2 alimen2 saude2 cidada3 estudo3 estado3 saber4 tv4
comuni4*

111vida1 tudo1 sr1 educac2 alimen2 moradi2 direit3 dever3 estado3 estudo4 comuni4
jornal4*

121tudo1 vida1 trabal11 trabal2 saude2 alimen2 estudo3 trabal3 saude3 tv4 estudo4
jornal4

111tudo1 vida1 trabal1 força2 saude2 educac2 dever3 direit3 cidada3 jornal4 tv4
revist4*

111estuda1 brinca1 correr1 comer2 viver2 estuda2 polici3 estudo3 escola3 jornal4 tv4
revist4*

121vida1 tudo1 felici1 educac2 saude2 alimen2 dever3 estudo3 direit3 saber4 comuni4
jornal4*

112vida1 forca1 dispos1 prefer2 saber2 inform2 expres3 voto3 direit3 consel4 saber4
posse4*

111bem1 bom1 sr1 melhor2 Deus2 bom2 bom3 meio3 sr3 bom4 satisf4 sr4*

112bom1 luta1 trabal1 conhe2 desfru2 exigen2 bom3 zelar3 luta3 bom4 melhor4
comuni4*

112alimen1 trabal1 cuidad1 acompa2 ajuda2 educac2 honest3 saude3 ajuda3 saber4
radio4 convive4*

112tudo1 vida1 saudav1 respon2 trabal2 compro2 bom3 respei3 compro3 intere4
comuni4 estudo4*

111bem1 alegri1 tudo1 cria2 indepe2 liber2 respon3 respei3 consci3 tudo4 saber4
subir4*

111bem1 melhor1 pior1 alimen2 trabal2 liber2 bom3 humano3 respei3 memori4
alegri4 estudo4*

111trabal1 corage1 manute1 govern2 trabal2 inform2 hones3 politi3 trabal3 direit4
honest4 certez4*

111trabal1 manute1 corage1 govern2 trabal2 inform2 honest3 politi3 trabal3 direit4
certez4 honest4*

111boa1 tudo1 sadia1 respei2 amor2 spreco2 trabal3 dinhei3 direit3 pergun4 respos4
explica4*

121dificu1 vida1 precis1 dever2 descri2 obriga2 direit3 obriga3 descri3 saber4 direit4
obriga4*

111felici1 alegri1 paz1 autora2 famili2 escola2 direit3 dever3 parcer3 direit4 satisf4
inform4*

121anim01 vitali1 esport1 judici2 cidada2 razao2 bemest3 direit3 moral3 tecnol4
 conhec4 cultur4*
 121vida1 tudo1 trabal1 educac2 lazer2 aliment2 direit3 poder3 sr3 educac4 saber4
 jornal4*
 121tudo1 vida1 alegri1 educac2 saude2 aliment2 direit3 dever3 oportu3 educac4
 dialog4 saber4*
 112vida1 tudo1 alegri1 respei2 saude2 cidada2 direit3 dever3 defesa3 dialog4 entrev4
 contat4*
 112depres1 solid1 medo1 honest2 oportu2 sincer2 respei3 comunh3 valor3 cultur4
 saber4 criar4*
 112trabal1 comida1 divert1 saude2 morrer2 paz2 trabalh2 lazer3 direit3 dever3 cursos4
 ferias4 direit4*
 121bem1 paz1 sr1 direit2 dever2 sr2 amizad3 bom3 bom3 conhec4 sr4 sr4*
 111medico1 remedi1 hospit1 profes2 dentis2 medico2 estudo3 medico3 polici3 fone4
 jornal4 carta4*
 111mocida1 passei1 trabal1 honest2 trabal2 saude2 obrigac3 sr3 sr3 saber4 inteli4
 saber4*
 111bemest1 sosseg1 felici1 cidada2 dever2 obriga2 direit3 vida3 estudo3 trabal3
 educac4 assist4 credit4*
 111viver1 longe1 felici1 alimen2 saude2 lazer2 felici3 direit3 bemest3 experi4 sr4 sr4*
 121tudo1 educac1 paz1 dever2 cidada2 cidada2 dever3 cidada3 direit3 radio4 tv4
 revist4*
 121tudo1 vida1 trabal1 comer2 sincer2 estudo2 dever3 pais3 direit3 comuni4 jornal4
 dialog4*
 121tudo1 saudav1 viver1 respon2 trabal2 compro2 bom3 respei3 compro3 intere4
 comuni4 ensino4*
 133bemest1 melhor1 pior1 alimen2 trabal2 liberd2 bom3 respei3 humano3 memoria4
 alegri4 estudo4*
 122vida1 tudo1 trabal1 educac2 alimen2 lazer2 direit3 poder3 sr3 educac4 jornal4
 saber4*
 112depres1 solida1 medo1 honest2 sincer2 oportu2 respei3 valor3 comunh3 cultur4
 saber4 criar4*
 111doenca1 alegri1 festa1 saude2 moradi2 dinhei2 paz3 iguald3 amizad3 esclar4 paz4
 inform4*
 111paz1 bem1 sr1 sr2 sr3 sr3 boa3 saber4 dialog4 comuni4*
 121medico1 hospit1 remedi1 profes2 dentis2 medico2 estuda3 medico3 polici3 fone4
 carta4 jornal4*
 111felici1 desejo1 alegri1 certo2 bom2 honest2 moral3 carate3 certo3 saber4 tv4
 radio4*
 131tudo1 vida1 paz1 dever2 cidada2 direit2 cidada3 direit3 sr3 tv4 revist4 radio4*
 121alegri1 tudo1 vida1 educac2 sincer2 fideli2 oportu3 natura3 sr3 dialog4 saber4
 comuni4*
 111mocida1 trabal1 passei1 honest2 trabal2 saude2 obriga3 dever3 sr3 estudo4 inteli4
 saber4*
 122tudo1 educac1 paz1 dever2 cidada2 cidada2 dever3 direit3 contri3 radio4 revist4
 tv4*
 112recupe1 bemest1 filho1 atendi2 medico2 saude2 direit3 trabal3 escola3 saber4
 inform4 atuali4*
 111sofrim1 doenca1 bemest1 tempo2 saude2 sr2 import3 honest3 direit3 direit4
 conten4 satisf4*

111trabal1 famili1 alegri1 honest2 agrada2 bom2 respei3 respei3 bom3 saber4 certez4
 qualid4*
 121tudo1 saudav1 vida1 honest2 sincer2 corret2 cidada3 honest3 sr3 tv4 radio4 revist4*
 111tudo1 trabal1 vida1 educac2 saude2 alimen2 direit3 dever3 cidada3 comuni4
 dialog4 saber4*
 222aborre1 triste1 impote1 poucos2 imprat2 sonhos2 direit3 dever3 amor3 comuni4
 inteli4 leitur4*
 211alegri1 filho1 casa1 docume2 sr2 sr2 sr3 sr3 sr4 sr4 sr4*
 222vitori1 alegri1 confor1 moradi2 trabal2 estudo2 dever3 respei3 ajuda3 tv4 jornal4
 revist4*
 211saudav1 alegre1 feliz1 honest2 fideli2 sincer2 respei3 autori3 natura3 dialog4
 comuni4 qualif4*
 222feliz1 dispos1 vida1 trabal2 estudo2 moradi2 dever3 direit3 sabedo3 jornal4 revist4
 radio4*
 223felici1 harmon1 carinh1 educac2 judici2 sr2 educac3 saude3 alimen3 atuali4
 compre4 dedica4*
 232filho1 conven1 simesm1 locomo2 vida2 saude2 voto3 eleica3 dever3 direit4 dever4
 cidada4*
 222higien1 esport1 lazer1 exerci2 dever2 obriga2 direit3 civili3 penali3 ajuda4 experi4
 estudo4*
 232vida1 maravi1 sauda1 humano2 cidada2 respei2 respei3 idoso3 direit3 fone4
 endere4 mae4*
 222vida1 tudo1 trabal1 locomo2 alimen2 moradi2 direit3 dever3 regra3 hospit4 transp4
 termin4*
 211saudav1 sadia1 bem1 compor2 escrit2 univer2 cidada3 nada3 respei3 saber4 bom4
 ruim4*
 211alegri1 compan1 amor1 harmon2 oportu2 judici2 paz3 solida3 luta3 pesqui4 ideal4
 descob4*
 212alegri1 vida1 conven1 acao2 oportu2 respei2 respei3 lealda3 judici3 comple4
 constr4 clara4*
 233felici1 doenca1 viver1 trabal2 etica2 famili2 direit3 respei3 educac3 direit4 respei4
 etica4*
 212paz1 mente1 corpo1 educac2 saude2 segura2 dever3 direit3 educac3 estudo4 tv4
 instru4*
 211felici1 tudo1 riqueza1 trabal2 saude2 govern2 honest3 pessoa3 dignid3 comuni4
 inteli4 educac4*
 222confor1 felici1 tranqui1 cidada2 certez2 democr2 trabal3 corret3 compan3 aprend4
 descob4 saber4*
 222hospit1 atendi1 precar1 nenhum2 respei2 alguns2 ajuda3 respei3 dever3 estudo4
 orient4 saber4*
 222bemest1 felici1 corage1 viver2 amar2 fideli2 criati3 nascer3 ajudar3 tv4 fone4
 jornal4*
 212vida1 tudo1 bem1 educac2 saude2 alimen2 direit3 moradi3 viver3 educac4 ajuda4
 conhe4*
 211tudo1 bem1 import1 iguald2 tudo2 saude2 alimen3 saude3 respei3 pergun4 escuta4
 respon4*
 212felici1 compan1 amizad1 compre2 sincer2 honest2 famili3 trabal3 uniao3 inteli4
 cultur4 saber4*
 212trabal1 lazer1 tudo1 empreg2 lazer2 estuda2 diret3 saude3 tudo3 dever4 radio4
 escola4*

211paz1 tranquil1 amor1 trabal2 segura2 difícu2 direit3 jornal3 obriga3 saber4 colegi4
 radio4*
 211lazer1 trabal1 saudav1 judici2 humano2 trabal2 nada3 educac3 moradi3 saber4
 pergun4 nada4*
 211paz1 tranquil1 confor1 cidada2 saude2 educac2 respon3 dever3 palavr3 agrade4
 saber4 sr4*
 222pacien1 higien1 doenca1 protec2 estabi2 salarii2 trabal3 cotidi3 famili3 comuni4
 mudanç4 normas4*
 211tudo1 alegri1 vida1 saude2 viver2 lazer2 direit3 iguald3 liberd3 fala4 fone4
 comuni4*
 231vida1 dispos1 alegri1 honest2 ordem2 respei2 amor3 humani3 respei3 comuni4
 carta4 fone4*
 233alegri1 bemest1 fortal1 triste2 ordem2 respei2 idoso3 crianç3 povo3 situac4 saude4
 educac4*
 211saneam1 limpeza1 estres1 saber2 viver2 trabal2 dever3 direit3 liberd3 correi4 tecnol4
 fone4*
 211clinic1 medico1 hospit1 profes2 faculd2 medico2 pessoa3 profes3 polici3 jornal4
 fone4 tv4*
 222felici1 estudo1 alegri1 segura2 direit2 carate2 saúde3 escola3 empreg3 global4
 melhor4 inform4*
 212vida1 famíli1 alegri1 saúde2 cidada2 moradi2 cotidi3 respei3 direit3 absorç4
 opinia4 apreen4*
 212tudo1 alegri1 vida1 felici1 liberd2 democr2 iguald2 cultur3 dever3 direit3 dialog4
 trabal4 conviv4*
 223doença1 medo1 triste1 saber2 dever2 judici2 nada3 sr3 sr3 cultur4 inteli4 discer4*
 211tudo1 dinhei1 paz1 liberd2 tranquil2 moradi2 saude3 educac3 salari3 direit4 saber4
 ajuda4*
 211exame1 remedi1 medico1 saude2 dinhei2 greve2 frango3 farofa3 macarr3 fone4
 radio4 carta4*
 222consul1 remedi1 medico1 religi2 exame2 confes2 curso3 religi3 estudo3 medico4
 enferm4 estudo4*
 211afeto1 felici1 vida1 trabal2 gente2 estudo2 honest3 respei3 dignid3 saber4 intere4
 dedica4*
 221tudo1 felici1 vida1 amor2 paz2 saude2 respei3 direit3 difícu3 direit4 difícu4 paz4*
 211corage1 alegri1 felici1 pessoa2 trabal2 escola2 empreg3 educac3 renda3 saber4
 atenc4 povo4*
 211clinic1 remedi1 hospit1 trabal2 paz2 alimen2 transp3 amizad3 mambie3 escola4
 hospit4 mercad4*
 222invest1 fe1 cuidar1 judici2 pessoa2 cidada2 direit3 govern3 dever3 jornal4 pessoa4
 comuni4*
 211viver1 trabal1 divert1 corret2 respei2 dignid2 igreja3 cidade3 escola3 bom4 jornal4
 revist4*
 222alegri1 espera1 amor1 corret2 dever2 organi2 estudo3 respei3 igreja3 dedica4 inteli4
 saber4*
 222pessim1higien1 greve1 dignid2 liberd2 consum2 solida3 respei3 liberd3 direit4
 palest4 estudo4*
 211hospit1 tudo1 bem1 lealda2 honest2 conheç2 fratern3 solida3 paz3 fofoca4 dialog4
 comuni4*
 223liberd1 paz1 Deus1 locomo2 tranquil2 harmon2 moradi3 dedica3 respei3 saber4
 aprend4 compre4*

223tudo1 felici1 alegri1 alimen2 lazer2 saúde2 cidada3 dever3 direit3 comuni4 realiz4
cresci4*

Apêndice VI

TRI-DEUX Version 2.2

IMPortation des MOTs d'un fichier de questions ouvertes
ou de mots associ,s ... un stimulus - janvier 1995

Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V

12 rue Cujas - 75005 PARIS

Programme IMPMOT

Le fichier de sortie mots courts tri,s est shandra.DAT

et servira d'entr,e pour TABMOT

Le fichier de position en sortie sera shandra.POS

et servira d'entr,e pour TABMOT

Le fichier d'impression est shandra.IMP

Position de fin des caract,ristiques 3

Nombre de lignes maximum par individu 4

Le stimulus est en fin de mot et sera report,

en fin de caract,ristiques ... la position 4

il sera laiss, en fin de mot

*** ATTENTION :MOT PLUS LONG QUE 10 CARACTERES

pessimlhig2221

Nombre de lignes lues en entr,e 101

Nombre de mots ,crits en sortie 1214

Nombre de mots de longueur sup,rieure ... 10 = 1

seuls les 10 premiers sont ,t, imprim,s

D,coupage en mots termin,

Tri termin,

Les mots sont mis en 4 caractŠres

Impression de la liste des mots

11ltudol	11lt	1 Deus1	Deus	1 Deus2	Deul	1 aborre1
abor	1					
absorç4	abso	1 acao2	acao	1 acompa2	acom	1 afeto1
afet	1					
agrada2	agra	1 agrade4	agr1	1 ajuda2	ajud	1 ajuda3
aju1	4					
ajuda4	aju2	3 alegri1	aleg	22 alegri4	ale1	2 alguns2
algu	1					
alimen1	alim	1 alimen2	ali1	15 alimen3	ali2	2 amar2
amar	1					
amizad1	amiz	1 amizad3	ami1	3 amor1	amor	3 amor2
amol	2					
amor3	amo2	2 animo1	anim	1 apreen4	apre	1 aprend4
apr1	2					
assist4	assi	1 atenc4	aten	1 atendi1	ate1	1 atendi2
ate2	1					
atuali4	atua	2 autora2	auto	1 autori3	aut1	1 bem1
bem1	12					
bemest1	bem1	6 bemest3	bem2	2 boa3	boa3	1 bom2
bom2	4					
bom3	bom1	9 bom4	bom2	4 brinca1	brin	1 carate2
cara	1					
carate3	car1	1 carinh1	car2	1 carta4	car3	4 casa1
casa	1					
certez2	cert	1 certez4	cer1	3 certo2	cer2	1 certo3
cer3	1					
cidada2	cida	13 cidada3	cid1	8 cidada4	cid2	1 cidade3
cid3	1					

explica4	exp1	1 expres3	exp2	1 faculd2	facu	1 fala4
fala 1						
famili1	fami	2 famili2	fam1	2 famili3	fam2	2 farofa3
faro 1						
fel	fel	1 felici1	feli	19 felici3	fel1	1 ferias4
feri 1						
festal	fest	1 fideli2	fide	4 filho1	filh	3 fofoca4
fofo 1						
fone4	fone	9 forca1	forc	1 fortal1	for1	1 força2
for2 1						
frango3	fran	1 fratern3	fra1	1 gente2	gent	1 global4
glob 1						
govern2	gove	3 govern3	gov1	1 greve1	grev	1 greve2
grel 1						
harmon1	harm	1 harmon2	har1	2 higien1	higi	2 honest2
hone 11						
honest3	hon1	7 honest4	hon2	2 hospit1	hosp	6 hospit4
hos1 2						
humani3	huma	1 humano2	hum1	2 humano3	hum2	2 ideal4
idea 1						
idoso3	idos	2 igreja3	igre	2 iguald2	igua	2 iguald3
igul 2						
import1	impo	1 import3	imp1	1 impotel	imp2	1 imprat2
imp3 1						
indepe2	inde	1 inform2	info	3 inform4	infl	5 instru4
inst 1						
inteli4	inte	7 intere4	int1	3 invest1	inve	1 jornal3
jorn 1						
jornal4	jor1	18 judici2	judi	6 judici3	jud1	1 lazer1
laze 3						
lazer2	laz1	6 lazer3	laz2	1 lealda2	leal	1 lealda3
leal 1						
leitur4	leit	1 liberd1	libe	1 liberd2	lib1	6 liberd3
lib2 3						
limpez1	limp	1 locomo2	loco	3 longel	long	1 luta1
luta 1						
luta3	lut1	2 macarr3	maca	1 mae4	mae4	1 mambie3
mamb 1						
manutel	manu	2 maravi1	mara	1 medico1	medi	5 medico2
med1 4						
medico3	med2	2 medico4	med3	1 medo1	med4	3 meio3
meio 1						
melhor1	melh	2 melhor2	mel1	1 melhor4	mel2	2 memori4
memo 2						
mentel	ment	1 mercad4	merc	1 mocida1	moci	2 moradi2
mora 7						
moradi3	mor1	5 moral3	mor2	2 morrer2	mor3	1 mudanç4
muda 1						
nada3	nada	3 nada4	nad1	1 nascer3	nasc	1 natura3
natu 2						
nenhum2	nenh	1 normas4	norm	1 obriga2	obri	3 obriga3
obrl 3						
obriga4	obr2	1 obrigac3	obr3	1 opinia4	opin	1 oportu2
opor 5						
oportu3	opo1	2 ordem2	orde	2 organi2	orga	1 orient4
orie 1						
pacien1	paci	1 palavr3	pala	1 palest4	pall	1 parcer3
parc 1						
passei1	pass	2 paz1	paz1	11 paz2	paz1	3 paz3
paz2 3						

paz4	paz3	2	país3	país	1	penali3	pena	1	pergun4
perg	3								
pesqui4	pesq	1	pessim1hig	pes1	1	peessoa2	pes2	2	peessoa3
pes3	2								
peessoa4	pes4	1	pior1	pior	2	poder3	pode	2	polici3
poli	4								
politi3	poll	2	posse4	poss	1	poucos2	pouc	1	povo3
povo	1								
povo4	pov1	1	precar1	prec	1	precis1	pre1	1	prefer2
pre2	1								
profes2	prof	3	profes3	pro1	1	protec2	pro2	1	qualid4
qual	1								
qualif4	qual	1	radio4	radi	10	razaao2	raza	1	realiz4
real	1								
recupe1	recu	1	regra3	regr	1	religi2	reli	1	religi3
rell	1								
remedi1	reme	5	renda3	rend	1	respei2	resp	8	respei3
res1	24								
respei4	res2	1	respon2	res3	2	respon3	res4	2	respon4
res5	1								
respos4	res6	1	revist4	revi	10	riquez1	riqu	1	ruim4
ruim	1								
sabedo3	sabe	1	saber2	sabl	3	saber4	sab2	32	sadial
sadi	2								
salari2	sala	1	salari3	sall	1	saneam1	sane	1	satisf4
sati	3								
saudav1	saud	7	saude2	saul	25	saude3	sau2	7	saude4
sau3	1								
segura2	segu	3	simesm1	sime	1	sincer2	sinc	10	situac4
situ	1								
sofrim1	sofr	1	solid1	sol1	1	solida1	sol1	1	solida3
sol2	3								
sonhos2	sonh	1	sosseg1	sooss	1	spreco2	spre	1	sr1
sr1	4								
sr2	sr2	7	sr3	sr3	16	sr4	sr4	9	subir4
subi	1								
tecnol4	tecn	2	tempo2	temp	1	termin4	term	1	trabal1
trab	21								
trabal2	tra1	20	trabal3	tra2	9	trabal4	tra3	1	tranquil
tra4	3								
tranqu2	tra5	2	transp3	tra6	1	transp4	tra7	1	tristel
tris	2								
triste2	tri1	1	tudo1	tudo	32	tudo2	tud1	1	tudo3
tud2	1								
tudo4	tud3	1	tv4	tv4	16	uniaao3	unia	1	univer2
unil	1								
valor3	valo	2	vida1	vida	35	vida2	vid1	5	vida3
vid2	2								
vitali1	vita	1	vitori1	vit1	1	voto3	voto	2	zelar3
zela	1								
Nombre de mots entr,s				1214					
Nombre de mots diff,rents				396					

Impression des tris ... plat

Question 015 Position 15 Code-max. 2
 Tot. 1 2
 1214 614 600
 100 50.6 49.4

Question 016 Position 16 Code-max. 3

Tot.	1	2	3
1214	687	443	84
100	56.6	36.5	6.9

Question 017	Position	17	Code-max.	3
Tot.	1	2	3	
1214	697	421	96	
100	57.4	34.7	7.9	

Apêndice VII

TRI-DEUX Version 2.2
Analyse des ,cartes ... l'ind,pendance - mars 1995
Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
12 rue Cujas - 75005 PARIS
Programme ANECAR

Le nombre total de lignes du tableau est de 66
Le nombre total de colonnes du tableau est de 8
Le nombre de lignes suppl,mentaires est de 0
Le nombre de colonnes suppl,mentaires est de 0
Le nombre de lignes actives est de 66
Le nombre de colonnes actives est de 8

M,moire disponible avant dimensionnement 469804
M,moire restante aprřs dim. fichiers secondaires 466994
M,moire restante aprřs dim. fichier principal 464882

AFC : Analyse des correspondances

Le phi-deux est de : 0.150442

Pr,cision minimum (5 chiffres significatifs)

Le nombre de facteurs ... extraire est de 4

Facteur 1

Valeur propre = 0.052040
Pourcentage du total = 34.6

Facteur 2

Valeur propre = 0.039930
Pourcentage du total = 26.5

Facteur 3

Valeur propre = 0.025258
Pourcentage du total = 16.8

Facteur 4

Valeur propre = 0.020971
Pourcentage du total = 13.9

Coordonn,es factorielles (F=) et contributions pour le facteur (CPF)
Lignes du tableau

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	F=4	CPF	
aju1	-578	34	657	58	-515	56	-174	8	ajuda3
aleg	-214	26	-174	22	-39	2	-38	2	alegri1
ali1	81	3	144	10	332	88	-16	0	alimen2
bem1	97	4	-291	51	33	1	111	14	bem1
bom2	721	53	-446	27	-34	0	61	1	bom2
bom1	370	32	39	0	173	14	242	34	bom3
bom2	137	2	-459	28	-276	16	-121	4	bom4
car3	13	0	-338	15	195	8	371	35	carta4
cida	-116	4	301	39	-123	10	259	56	cidade2
cid1	96	2	131	5	627	166	65	2	cidade3
om13	26	0	45	1	113	14	-58	5	comuni4
cora	105	1	-209	6	-162	6	-127	4	coragel
cull	-173	4	201	7	-84	2	-170	9	cultur4
deve	-46	0	441	59	255	31	105	6	dever2
dev1	-106	7	251	53	-109	16	-45	3	dever3
dial	293	22	-25	0	-34	1	-53	2	dialog4
dire	-55	0	292	11	-30	0	512	67	direit2
dir1	-53	3	130	23	-75	12	43	5	direit3
dir2	-106	3	-135	7	79	4	221	34	direit4
edu1	148	7	183	15	47	2	-93	7	educac2
edu2	-719	80	-459	42	344	38	-175	12	educac3
edu3	-118	2	39	0	183	12	119	6	educac4
esc2	-26	0	-60	0	-346	25	-105	3	escola3
est4	-112	3	252	17	76	2	-195	19	estudo2
est5	223	13	277	26	123	8	-64	3	estudo3
est6	-191	10	203	15	-102	6	52	2	estudo4
feli	-344	58	-57	2	78	6	-200	49	felici1
fide	-58	0	190	5	-232	11	-111	3	fideli2
fone	-327	25	-325	32	-33	1	221	28	fone4
hone	156	7	-303	34	-172	17	124	11	honest2
hon1	369	24	-311	23	-107	4	-46	1	honest3
hosp	-13	0	-230	11	-82	2	-204	16	hospit1
infl	304	12	-72	1	-260	18	10	0	inform4
inte	-324	19	20	0	-54	1	-283	36	inteli4
jor1	166	13	255	39	-40	1	-60	4	jornal4
judi	-483	36	80	1	476	72	-466	83	judici2
laz1	-109	2	106	2	103	3	-218	18	lazer2
lib1	-215	7	-213	9	67	1	137	7	liberd2
medi	21	0	-122	2	-69	1	-176	10	medico1
med1	331	11	-128	2	-133	4	-25	0	medico2
mora	-280	14	92	2	-342	43	-190	16	moradi2
mor1	-224	6	-183	6	-51	1	-265	22	moradi3
opor	44	0	-217	8	-521	72	-49	1	oportu2
paz1	-13	0	-111	6	54	2	-24	1	paz1
poli	462	22	-278	10	51	1	-47	1	polici3
radi	9	0	71	2	-123	8	132	11	radio4
reme	21	0	-122	2	-69	1	-176	10	remedi1
resp	-675	94	-223	13	-13	0	507	131	respei2
res1	-353	77	-83	6	-5	0	113	20	respei3
revi	74	1	303	31	-21	0	168	18	revist4
sab2	122	12	-32	1	-71	9	-107	23	saber4
saud	-111	2	-164	6	-82	2	144	9	saudav1
saul	38	1	-131	14	-34	1	-62	6	saude2
sau2	-324	19	20	0	-54	1	-283	36	saude3
sinc	279	20	128	5	-169	15	5	0	sincer2

sr1	689	49	-196	5	80	1	55	1	sr1
sr2	177	6	-287	19	229	19	-200	18	sr2
sr3	198	16	-119	8	257	56	-10	0	sr3
sr4	290	19	-369	41	15	0	-126	9	sr4
trab	331	59	24	0	-149	25	5	0	trabal1
tra1	-35	1	-271	49	49	3	22	1	trabal2
tra2	143	5	44	1	-248	29	-44	1	trabal3
tudo	135	15	99	11	71	9	-39	3	tudo1
tv4	151	9	232	29	86	6	69	5	tv4
vida	-3	0	110	14	31	2	135	41	vida1
vid1	-418	22	-250	10	-192	10	182	10	vida2

```

*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
*      *      *1000*      *1000*      *1000*      *1000*
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*

```

Modalit,s en colonne

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	F=4	CPF
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

```

*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*

```

0151	267	259	84	33	24	4	76	53
0152	-353	344	-111	44	-32	6	-101	70
0161	74	19	-235	252	-106	80	-55	26
0162	-13	0	363	427	111	63	-66	26
0163	-537	121	-185	19	224	43	849	750
0171	153	92	-116	69	66	35	5	0
0172	-206	85	243	154	-285	335	44	10
0173	-415	79	-59	2	675	433	-237	64

```

*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*
*      *      *1000*      *1000*      *1000*      *1000*
*-----*-----*-----*-----*-----*-----*-----*

```