

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ - UNIVALI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E CULTURA -
ProPPEC
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO

ROSA MARIA DE SOUZA BARBOSA MORAIS

**A CONCEPÇÃO DE DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO DO PROFISSIONAL DE
NÍVEL MÉDIO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS**

ITAJAÍ (SC), 2009.

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

ROSA MARIA DE SOUZA BARBOSA MORAIS

**A CONCEPÇÃO DE DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO DO PROFISSIONAL DE
NÍVEL MÉDIO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí.

Área de concentração: Gestão do trabalho e educação em saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Silvana Nair Leite Contezini.

ITAJAÍ (SC), 2009.

ROSA MARIA DE SOUZA BARBOSA MORAIS

“A CONCEPÇÃO DE DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO DO PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS”.

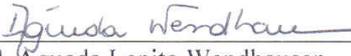
Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre e aprovada pelo Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI.

Área de Concentração: Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Itajaí, 14 de outubro de 2009.



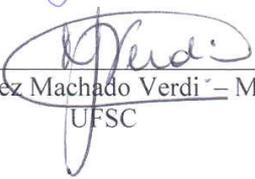
Prof.^a. Dr.^a. Silvana Nair Leite Contezini - Presidente e Orientadora
UNIVALI



Prof.^a. Dr.^a. Agueda Lenita Wendhausen – Membro Interno
UNIVALI



Prof. Dr. Guillermo Alfredo Johnson – Membro Interno
UNIVALI



Prof.^a. Dr.^a. Marta Inez Machado Verdi – Membro Externo
UFSC

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E CULTURA – ProPPEC

PROGRAMA DE Mestrado Acadêmico em
CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS - PMCF
Rua Uruguai, 458 – Bloco 27 – Sala 311 – Cx.Postal 360 –
Fone/Fax: (047)3341-7932
CEP: 88302-202 – Itajaí – Santa Catarina
poscf.ccs@univali.br www.univali.br/pmcf

PROGRAMA DE Mestrado Profissional em
SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO - PMSGT
Rua Uruguai, 458 – Bloco 27 – Sala 311 – Cx.Postal 360 –
Fone/Fax: (047)3341-7932
CEP: 88302-202 – Itajaí – Santa Catarina
msf.ccs@univali.br www.univali.br/mestradosaude

FICHA CATALOGRÁFICA

M792c **Morais, Rosa Maria de Souza Barbosa.** 1960 -
A concepção de direito à saúde no contexto do profissional de nível médio no sistema único de saúde - SUS [manuscrito] / Rosa Maria de Souza Barbosa Moraes. – Itajaí, 2009.
148 f. : il. (fig., quadr.)

Inclui apêndices e anexos.

Referências: p.114-124

Cópia de computador (Printout(s)).

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí, Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura - ProPPEC, Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, 2009.

"Orientadora: Profª. Drª. Silvana Nair Leite Contezini."

1. Direito à saúde. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Qualificações profissionais. 4. Ensino técnico - Currículos. 1. Contezini, Silvana Nair Leite II. Título.

CDU: 614.2

Aos meus pais,
S. Eliziário, que cumpriu exemplarmente seu percurso nesta dimensão e mudou para um recanto de plenitude, onde somente pessoas como ele merecem lá estar;
e **D. Mazé**, que abdica até hoje de qualquer vaidade para se doar aos oito filhos.

Ao **Paulo César**, meu companheiro e amado, que me inspirou com sua paciência e
confiança.

Às pequenas notáveis **Lya Júlia, Giovana e Jullyana**, que Deus me confiou e
presenteou com a missão de ser mãe e que me orgulham e me enchem de
esperança.

AGRADECIMENTOS

Em todo propósito que nos responsabilizamos cumprir, subjaz uma caminhada delineada por expectativas, encantos, desencantos, tropeços, vitórias, enfim, coisas e criaturas que às vezes se disfarçam de soluções e às vezes de entraves. Enquanto soluções são indiscutivelmente bem vindas; enquanto entraves, sempre *non-gratas*.

A reflexão que faço remete ao além do explícito.

Entendo, por que assim experimentei, que nos momentos mais difíceis foram justamente quando mais me empenhei em vencer (não podia recuar, havia muito em jogo!). Nesses momentos - que por sinal, foram muitos de tristeza -, ocorreram situações as quais, com a ajuda dos meus verdadeiros amigos, consegui derrotar!

Mas nem todos os momentos foram de trevas, pois da mesma forma, experimentei também respeito, carinho, amor, apoio, incentivo e amizade, que se postaram na linha de frente da minha caminhada e não permitiram a opalescência dessa fase tão singular e especial, que nem todos têm a felicidade de sentir.

A minha gratidão:

a DEUS, acima de tudo.

ao meu refúgio sublime representado por minha família, filhas e marido, e porque não, ao *Marshmellow José*, esse pingão de traquinagem!

aos meus irmãos, especialmente à Fátima e à Marta, que mesmo de longe não esqueceram as palavras de apoio.

à Silvana Nair Leite, minha orientadora que em meio a tantas atividades, deu-me orientações valiosas e que somente *experts* como ela são capazes de dispensar.

ao corpo docente da UNIVALI que compôs a base de conhecimentos repassados nesse mestrado, e que representa soma e, certamente, multiplicação. Operações essas, que só se tornaram possíveis com a participação desses queridos expoentes: Águeda, Evely, Elisete, Elizabete, Guillermo, Juliana, Ingrid, Stela, Maristela, Catito, Gladys, Cutolo, Yolanda, Rosita, Maria Tereza, Luciane e ao amado professor Henri.

à UNESCO e ao Ministério da Saúde, especialmente à Cida, Tânia, Bianca e Dra. Clarice, nessa fantástica parceria ao longo desta jornada.

à querida Dra. Ena Galvão, que sempre confiou e prestigiou a equipe do Acre.

aos colegas de mestrado (que já estão deixando saudades!). Eles não serão esquecidos, pois não conheci pessoas tão *sui generis*.

aos colaboradores da administração do mestrado, sem esquecer as meninas que no início da caminhada compunham a secretaria do mestrado; e aos que, com competência, atualmente estão substituindo àquelas.

à minha até então ilustre conhecida (só por nome e fama), Marília, que compartilhou além dos rancos, *yakimeshis*, risos e lágrimas, conforto, generosidade e conhecimento! Obrigada, *Marília!*

aos colegas de trabalho Talita Lima (leia-se competência); Marcelo Nery (Diretor do Hospital onde também trabalho); Irailton Lima (Diretor do IDEP, que me confiou a tarefa de coordenar o Curso Técnico de Análises Clínicas); Enf. Ailse e Farm. Letícia; ao Tony Carvalhosa e Xavier; ao querido Dr. Thor Dantas (médico, Secretário Adjunto de Estado da Saúde) que além de competente, isento e simples, é principalmente, altamente empenhado em que as pessoas avancem, progridam, estudem.

à amiga Prof^a. Nancy Neiza, que durante a caminhada me fortaleceu com sua sabedoria espírita; e também ao Sérgio Miranda, seu conSORTE, meu amigo.

ao amado Prof. Dr. Genésio e sua amada Adélia, que sempre torceram por mim além de terem me adotado ao chegar ao Acre.

ao doce de pessoa, Prof. Dr. Wagner Pinto, com o qual tive a grata satisfação de, mais que dividir, adquirir conhecimento.

ao ex-governador do Acre, Orleir Messias Cameli, no que lhe foi pertinente.

aos meninos e meninas, que tornaram possível esse trabalho, na condição de sujeitos da pesquisa e que mostraram que vale a pena investir na formação ao demonstrarem vontade de participação nos processos de mudança, fidelidade, crédito e esperança no SUS.

aos funcionários do hotel que nos acolheram numa relação de muito respeito e parceria, sem esquecer do Sr. Roberto, que mesmo “jurado”, sempre nos conduziu por esse trânsito itajaiense, balneocamboriuense, florianopolitano, navegantino... ufa!

à Pedrina e Bismark, S. Zé e D. Labib, que nas minhas ausências de Rio Branco por conta do mestrado, se prontificaram junto às minhas filhas em qualquer dificuldade.

Enfim, a todos - na figura de solução ou de entrave - que transitaram em meio a essa jornada que ora se encerra.

O ato de indignar-se possibilita uma resposta ao abismo entre a realidade e o potencial humano. Indignação enquanto conduta contribui para que a técnica não exclua a ética, a cidadania, as realizações, a liberdade, leis e direitos [...] Indignar-se implica essencialmente, em não se desviar do caos da indiferença que exclui e marginaliza a tantos nas cidades, mas, principalmente, esboçar alternativas para que pequenas transformações produzam a necessária revolução, que precisa ser elaborada, num primeiro instante, no íntimo do ser humano e no enfrentamento diário de si.

(SANTOS, 2004)

RESUMO

O Direito à saúde foi uma das conquistas garantidas pela Constituição Cidadã promulgada em 1988, em resposta aos movimentos de luta dos cidadãos pela Reforma Sanitária que culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS, no ano de 1986. Na proposta do Sistema Único de Saúde - SUS criado pela Lei nº 8.080/90, a garantia do direito à saúde está estabelecida. Pela necessidade de percebermos se essa premissa é de fato trabalhada no processo de atenção à saúde pelos profissionais de nível médio do SUS é que propusemos esse estudo tendo por objetivo geral analisar a concepção de direito à saúde no contexto do profissional aqui referido, sendo para isso adotada a metodologia de cunho qualitativo, tendo como ponto de partida a consulta documental seguindo-se com a técnica de grupos focais envolvendo egressos de uma ETSUS do norte do Brasil. O percurso deste estudo atendeu aos aspectos éticos já que envolveu seres humanos. Duas grandes categorias (além de cinco subcategorias) retratam os resultados obtidos, sendo uma no âmbito da saúde e outra no âmbito formativo dentro do SUS congregando conceitos, concepções e vieses referentes ao direito à saúde, com enfoque na caridade, solidariedade, cidadania e formação em saúde. Os achados referentes à consulta aos documentos da ETSUS em questão (Plano Político Pedagógico e planos dos cursos técnicos - Análises Clínicas, Enfermagem e Higiene Dental , que hoje se denomina Saúde Bucal) demonstraram coerência quando se buscou as palavras chave SUS, Reforma Sanitária, conceito de saúde, ao mesmo tempo que explicitaram fragilidades na condução do processo formativo, a partir do conflito da formação compartimentalizada dos mediadores que entendemos estar na contramão da proposta do SUS que contempla o ensino voltado à saúde, que prega o além técnico, a integralidade do ser; associada a essa questão, identificou-se a não existência de quadro efetivo de docentes, experimentando a ETSUS um processo de alta rotatividade desses profissionais. Também se constatou a condução dos cursos centrada em um único mediador a percorrer todos os módulos formativos dos cursos. No tocante aos achados nos grupos focais, podemos demonstrar, dentre outros, que os egressos se comportam com alto desempenho e poder crítico quanto aos conceitos de saúde e de direito à saúde, em que reproduzem de forma institucionalizada, aos moldes da OMS, da reforma sanitária e da 8ª CNS, embora perpassando pelos vieses da caridade, do pagamento de impostos e do “jeitinho brasileiro”. Pretendendo contribuir para a consubstancialização do SUS, este estudo visa colaborar com a gestão ao mostrar a pertinência, para o sistema, do profissional em questão enquanto ser crítico e reflexivo, bem como subsidiar a elaboração e/ou atualização dos currículos dos cursos técnicos de nível médio na saúde ao tempo de contemplar a inserção do direito à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Direito à saúde. SUS. Qualificação Profissional. Currículos. Pessoal Técnico de Saúde.

ABSTRACT

The right to health was one of the achievements secured by the *Constituição Cidadã* (Citizen's Constitution) promulgated in 1988, in response to citizens' struggle for Health Reforms, which culminated in the 8th National Health Conference - CNS, in 1986. Within the context of the Unified Health System (SUS), created by Law No. 8080/90, the right to health is established. Due to a need to determine whether this premise is actually implemented in the healthcare process, by intermediate level professionals of the SUS, this study was proposed, with the overall objective of analyzing the concept of the right to health in the professional context referred to here. For this purpose, a qualitative methodology was adopted, taking as its starting point the consultation of documents, followed by the technique of focus groups involving graduates from one ETSUS in the north of Brazil. This study followed the ethical guidelines for research involving human beings. Two major categories (plus five sub-categories) show the results obtained, one in the context of health and the other in the context of training within the SUS, gathering concepts, ideas and biases concerning the right to health, with special focus on charity, solidarity, citizenship and education for healthcare workers. The findings relating to the ETSUS documents consultation (Political Pedagogical Plan and plans of the technical courses - Clinical Analysis, Nursing and Dental Hygiene, today is called Oral Health) demonstrated consistency in a search on the key words SUS, Health Reform, and health concept, while at the same time, they explained the weaknesses in conducting the training process, based on the conflict of compartmentalized training of the mediators, whom we see as being contrary to the ideals of the SUS which sees teaching as focused on health, going beyond merely technical issues to focus on the completeness of the human being. Associated with this issue, the lack of an effective framework of ETSUS teachers is identified, with the ETSUS going through a process of high turnover among these professionals. It was also observed that the courses were conducted by a single mediator, teaching all the modules of the training courses. With regard to the findings in the focus groups, we can demonstrate among other things, that graduates show high performance and the ability to think critically of concepts of health and the right to health, in which they reproduce, in institutionalized form, in the molds of the WHO, the health reform and the 8th CNS, while touching on the concepts of charity, payment of taxes, and the Brazilian "knack" of doing things. With the aim of contributing to the consubstantiation of the SUS, this study aims to collaborate with the management by showing the relevance, for the system, of this professional as being critical and reflective, as well as to support the design and/or updating of the curricula of intermediate level technical courses in health, while contemplating the inclusion of the right to health.

KEY WORDS: Right to health. SUS. Professional Qualification. Curricula. Allied Health Personnel.

LISTA DE QUADROS E ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Cronologia da saúde	38
Figura 2: Coordenação da pesquisadora	60
Figura 3: Técnicos ETSUS - análises clínicas e higiene dental.....	61
Figura 4: Técnicos ETSUS – análises clínicas	61
Figura 5: Técnicos ETSUS - análises clínicas e enfermagem.....	61
Figura 6: Técnicos ETSUS - análises clínicas e higiene dental.....	62
Figura 7: Convite encaminhado aos participantes da pesquisa	62
Figura 8: Dependências da ETSUS no norte do Brasil	65
Figura 9: Critérios expostos durante todo o processo para condução dos trabalhos	66
Gráfico 1: Quantificação dos sujeitos da pesquisa.....	64
Quadro 1: Nome adoção dos sujeitos da pesquisa (municípios do norte do Brasil)..	67
Quadro 2: Quadro síntese	80

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1	A Reforma Sanitária	21
2.2	O Sistema Único de Saúde – SUS	25
2.3	Participação Popular no SUS	29
2.4	O Caminhar da Saúde: conceitos e direito	35
2.4.1	Saúde no âmbito dos direitos fundamentais sociais	40
2.5	O Trabalho em Saúde: o que a formação tem a ver com isso?.....	46
3	METODOLOGIA	54
3.1	Tipo e Referencial de Estudo	54
3.2	Coleta de Dados.....	56
3.2.1	Consulta aos documentos	56
3.3	Realização dos Grupos Focais.....	59
3.3.1	Amostra	59
3.3.2	Layout dos grupos focais.....	65
3.3.3	Desenvolvimento dos grupos focais	68
3.4	Aspectos Éticos	73
4	ANÁLISE DOS DADOS.....	76
4.1	Categorias	76
4.1.1	Conceitos de saúde e direito à saúde: vieses de um conceito	77
4.1.1.1	Conceito positivo de saúde e de direito à saúde.....	81
4.1.1.2	Direito de cidadão? O pagamento pela assistência	86
4.1.1.3	Caridade versus cidadania.....	89
4.1.2	Formação e atuação profissional: (des) entendimentos sobre conceitos e práticas	97
4.1.2.1	Conteúdos da formação.....	97
4.1.2.2	As relações de poder: educandos <i>versus empowerment</i>	103
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
5.1	Da intenção à concretização: permitindo autonomia do ser crítico e reflexivo resultante da formação técnica – uma ação alinhada à consubstancialização do SUS	110
5.2	Limitações do estudo.....	116
5.3	Recomendações sugeridas	116
	REFERÊNCIAS	118
	APÊNDICES	129
	APÊNDICE A - Termo de Aceite de Orientação.....	130
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	131
	APÊNDICE C - Roteiro de Grupo Focal	132
	APÊNDICE C1 - Arguições Inseridas ao Roteiro	130
	APÊNDICE D - Convite aos Participantes.....	135

APÊNDICE E - Acesso dos Participantes	136
APÊNDICE F - Liberação dos Participantes do Serviço.....	137
APÊNDICE G - Planejamento dos Grupos Focais (GF _s) I e II.....	138
APÊNDICE H - Distribuição dos Sujeitos por Grupo Focal	139
APÊNDICE I - Questionário Sócio-Informativo.....	140
APÊNDICE J: Quadro <i>Status</i> de Participação.....	141
ANEXOS	142
ANEXO A - Carta de Autorização da Pesquisa	143
ANEXO B - Descritores	144
ANEXO C - Parecer de aprovação da pesquisa – CEP UNIVALI/SC	147

1 INTRODUÇÃO

A gritante desigualdade social presente no cenário brasileiro dá um tom de dificuldade no pensar quando se focaliza os indivíduos compondo um conjunto uníssono e igualitário, pois, conforme assevera Escorel (2001, p. 5) “a humanidade é diversa, plural, [...] os seres humanos diferem entre si em suas personalidades, identidades e necessidades”. A desigualdade também se expressa numa cultura altamente discriminatória onde se trata de forma diferenciada pessoas, instituições, regiões, privilegiando uns em detrimento de outros.

Não é característica exclusiva da contemporaneidade, a condição da desigualdade, uma vez que ao retornarmos na história observamos que o desenvolvimento do nosso país foi consolidado tendo por base a inserção dos marginalizados portugueses, dos *africanos* que foram escravizados e humilhados, dos italianos e outros imigrantes que não eram vistos com bons olhos pelos senhores feudais, situação essa reforçada por Pinsky e Pinsky, (2003, p. 194) “O Brasil foi povoado por degredados [...]”. Conforme nos alerta C. Carvalho (2007), a origem da desigualdade social brasileira chega a ser quase irremediável nos dias atuais. Cotta et al (2007) considerando não ser a desigualdade um fenômeno literalmente vinculado à falta de recursos econômicos mas *também* a este associado, concordam que ao se focalizar o campo da saúde mister se faz atentar às ações e posturas que o profissional de saúde deva adotar diante do processo saúde-doença, de modo a relacionar competência com as necessidades diversas da coletividade, o que torna bem sucedida a educação no campo da saúde.

No agir dos profissionais de saúde poderemos presenciar, ainda como fruto da nossa construção histórica atrelada à condição herdada do preterimento, a reprodução em algum grau dessa herança, quando por um lado o profissional possa entender a sua ação não como sua obrigação e direito do usuário, mas como favor, e pelo outro, em muitas das vezes, o usuário do serviço acatando tal postura, por entender o atendimento a ele dispensado como benéfica ou caridade, anulando-se como cidadão, fomentando o anti-direito, sem que se efetive, pela lógica do profissional e tampouco pela do usuário, o exercício da faculdade crítica. Dentro da interpretação de mundo, em que muitos laços são rompidos

a herança pode tornar-se um peso morto que os vivos devem carregar, se ela não for, ao mesmo tempo, herança da capacidade de apreciá-la, de evocá-la, de aceitá-la ou de recusá-la. Toda herança é inaceitável, se não for ao mesmo tempo desenvolvimento da capacidade crítica. (MELLOUKI; GAUTIER, 2004, p. 557-558).

Em se tratando da assistência à saúde, quando voltamos e buscamos na literatura passagens históricas que refiram tal panorama em nosso país, identificamos o quanto esse processo destinara aos carentes e aos que nada tinham uma atenção a partir da lógica da caridade. A concepção da caridade vigorou desde o período colonial, com a atuação das irmãs de caridade e das Santas Casas de Misericórdia, além da igreja. Conforme refere Caponi (2000) na chamada *época da bondade* (final do século XVIII) a assistência aos pobres era praticada pela dama de caridade ou benfeitora (antecessora da enfermeira profissional), reconhecida como portadora de dons divinos. Prossegue a autora fazendo menção à existência, nessa época, do estatuto social dos pobres de Deus, cuja lógica comportava a condição permanente de débito desses pobres por conta do bem recebido praticado pelas benfeitoras.

Ao chegarmos ao período pré reforma sanitária, o que se presencia é a prestação da atenção à saúde sendo garantida às pessoas reconhecidamente inseridas na cadeia formal de trabalho, com carteira de trabalho assinada, a partir da contrapartida contributiva dos patrões e trabalhadores, se conformando assim na “assistência de carteirinha”; às demais pessoas, a margem desta inserção, se tem a assistência intervencionada pela caridade e o favor. Era preciso transcender o momento anterior que associava atenção à saúde à custa do fazer favor para o atual momento em que se contempla a saúde como direito firmado constitucionalmente..

Da mesma forma que Humenhuk (2004), concordamos ser a saúde uma premissa básica no exercício da cidadania do ser humano e que para a sua concretude é necessário confiar na contemporaneidade, por se tratar de uma política nacional, que a atenção à saúde possa ser conduzida em todos os seus meandros pelo Poder Maior de modo a atingir a todos concretizando ações que positivem tal processo e que, quando necessário, opte por delegar ao espaço privado a assunção de serviços de forma complementar, doravante previsto na constituição. A atenção à saúde não deve se constituir numa política restritiva, com alvo nos pobres em detrimento ao restante da população, sob pena do processo em questão enveredar pelo caminho penoso da mercantilização e da negação da universalização. Nesse

sentido, argumenta Santana (2004), que ao reduzir sua responsabilidade pública e gasto social, o Estado estimula a mercantilização do setor saúde e assume a concepção política patrocinada pelo Banco Mundial, onde a atuação do Estado deverá estar voltada para a garantia de um pacote mínimo de serviços essenciais, dirigido para os comprovadamente pobres, estabelecendo-se assim a *cesta básica* da saúde; à população de maiores rendimentos, caberia ao setor privado o provimento dos atendimentos mais complexos. Esta é a política de focalização que introduz uma lógica perversa na relação do Estado com os pobres. O direito à saúde não se restringe a prestação de cuidados básicos embora não se possa negar a importância destes, o que nas palavras de Santana (2004) o atendimento deve ser garantido a qualquer forma de adoecimento. Reforçando esse pensamento, Amâncio Filho (2004) entende que frente

as complexas interrelações que caracterizam o mundo atual, [...] (re)discutir o formato e as possibilidades de uma sociedade diferente da atual, tenha como um dos seus focos principais as contradições observadas na tênue fronteira hoje existente entre as esferas pública e privada que, em algumas situações, nitidamente se confundem.

Notadamente, o direito à saúde se internaliza nos direitos sociais, em que Dallari et al (1996) compreendem estar assim garantida a oferta de instrumentos que possibilitam ao cidadão a concretude das exigências de um Estado de Justiça Social fundamentado na dignidade da pessoa humana.

De qualquer forma, prestar cuidados de saúde, gerais e/ou complexos, envolve dois sujeitos: o trabalhador em saúde (pessoa legalmente instituída para a prestação dos cuidados) e o usuário, (pessoa que busca o atendimento). Nas lógicas correspondentes, respectivamente a lógica sanitária e a lógica da população, é necessário avaliarmos o que significa ter direito à saúde: de que forma o profissional de saúde concebe e se posiciona dentro do processo e, quanto ao usuário, de que modo está acomodada tal concepção. Julgamos ser importante uma discussão preliminar acerca do conceito de saúde/doença, considerando as duas lógicas e sua relação com a formação, para então adentrar nas nuances do direito concernente.

Ao se pensar o processo saúde/doença, é preciso estabelecer uma articulação entre educação-movimentos sociais organizados-necessidades-possibilidades das classes populares, para que se formule políticas sociais e formas de organização social que às pessoas interesse (MEDEIROS; GUIMARÃES, 2007).

Enquanto componente da organização social encontramos a figura do profissional de saúde, e cumpre atentarmos para o fato de que ele, nas palavras de Hennington (2008), poderá se constituir como produtor de saúde tanto quanto de mal-estar e adoecimento para si e para os outros, pois que simultaneamente em seu cotidiano, produz e se reproduz como força de trabalho e produz saúde, e habita o espaço relacional e pluridimensional.

Da mesma forma que Cunha e Cunha (1996), acreditamos que a atenção plena à saúde se estabelece efetivamente a partir do modo como os profissionais exercem seu processo de trabalho no cotidiano, e está diretamente relacionada ao grau de interesse e compromisso que todos se dispuserem a ter em relação a mudança de saúde no Brasil, em que a materialização desse direito abrangente que se permite incluir muitas outras dimensões.

Como afirmam Lefevre e Lefevre (2004), os profissionais falam e atuam sobre saúde/doença a partir de dois espaços sociais – o dos serviços (conhecimentos técnicos) e o das universidades ou do aparelho de estado (conhecimento científico); as pessoas comuns se inserem nesse processo a partir de seus espaços geográficos (conhecimento vivencial, de cotidianidade). Declara-se aí um conflito entre a fala do profissional que é legal e socialmente autorizada e a fala do indivíduo comum que é leiga, desautorizada, prosaica, ilegal, deseducada. A mediação deste conflito é necessária de tal modo que haja interação entre os dois espaços sem que um negue o outro, dialogando e *se ensinando* mutuamente.

Concordamos com os autores quando se referem à necessidade de uma mudança da condição da pessoa não ser conduzida, mas sim conduzir sua própria vida; assim, o profissional não apenas informa, mas também informa; e isso se materializa quando se promove o deslocamento da *Educação para a Informação*, sob uma lógica dialogada, para uso e usufruto da cidadania (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

Como parte do grande desafio da reversão acima mencionada, cabe voltar atenção por ocasião da oferta dos serviços de saúde sobre o usuário, identificando se este percebe qual o seu direito bem como sobre o profissional quando responde por essa ação, mostrando se o seu agir contempla os saberes: *saber saber saber fazer* e o *saber ser*. No cenário proposto, no qual a formação é parte integrante, considera-se pertinente descortinar a concepção da atenção à saúde, dirigindo-se o

olhar para o grau de comprometimento adotado pelos profissionais assim como identificar através de qual lente o usuário se enxerga dentro processo.

Recentemente, com o objetivo de analisar de forma comparativa a percepção de usuários e líderes comunitários sobre sua capacidade de intervenção para a ocorrência de mudanças na qualidade nos serviços de saúde, foi publicado um estudo realizado na Colômbia e no Brasil, atingindo um público de usuários e líderes comunitários (DELGADO-GALLEGO; VAZQUEZ, 2009) em que se observou o *empowerment*, o reconhecimento pelos indivíduos pesquisados do direito e dever de participação do cidadão, bem como a capacidade para realizarem intervenções, como estratégia para melhorar a qualidade dos serviços de saúde em seus municípios. Essa participação foi identificada, de acordo com as respostas dos entrevistados, acontecendo tanto no espaço social (individual e comunitária) como no institucional (associação de usuários e Conselho Municipal de Saúde - CMS), e concluem as autoras que

o discurso de grande parte dos entrevistados tanto da Colômbia quanto do Brasil, está permeado pela percepção de capacidade para influenciar na qualidade dos serviços de saúde, que atribuíam na sua maior parte a fatores internos ou características próprias, [...] só uma pequena parte a fatores externos. [...] Todavia, alguns entrevistados se percebiam com pouca capacidade para influenciar nos serviços de saúde, atribuída a fatores internos e externos (tradução do espanhol para o português).

Pensamento na mesma direção é contextualizado por Leite (2007, p. 1750), quando refere que

As formas de educação em saúde [...] são direcionadas para o empoderamento dos indivíduos e das comunidades e não apenas para a intervenção em seus hábitos. As estratégias passam, necessariamente, por preparo e atuação política, tanto dos profissionais de saúde (com seus conhecimentos específicos e poder cultural) quanto dos indivíduos e comunidades.

À semelhança, a pesquisa ora proposta, buscou identificar nas relações que permeiam a atenção à saúde, a coerência requerida pelo SUS na materialização do direito à saúde, dentro do agir dos profissionais técnicos com essa missão. As transformações resultantes a partir das situações apontadas poderão ser estabelecidas, aliando o dinamismo interativo e possível aos atores, nas práticas que defende o SUS.

No caminhar desse processo seguimos rumo às respostas frente ao **problema** estabelecido: Qual a concepção do direito à saúde no contexto do profissional técnico de nível médio do SUS?

A partir da identificação do contexto e definição do referencial teórico praticado, buscamos alcançar o **objetivo geral**, sendo ele:

Analisar as concepções do direito à saúde na prática do profissional técnico de nível médio no Sistema Único de Saúde - SUS.

A busca pela identificação, considerando o limite de atuação, se os profissionais técnicos de nível médio adotam e de que forma materializam um comportamento que assegure a consecução do direito à saúde do cidadão, nos propicia subsidiar, a partir dos resultados, transformações apontadas como necessárias às práticas no serviço de saúde, pelo recorte da gestão considerando a pertinência da autonomia do ser crítico e reflexivo na materialidade do direito à saúde, bem como a retificação ou ratificação de conteúdos formativos propostos dentro do percurso da formação do técnico de nível médio no âmbito do SUS atingindo dessa forma, a consolidação do layout efetivamente pensado e traçado para o SUS.

Alcançar tal objetivo nos remeteu a definição dos **objetivos específicos**, os quais foram:

- a) identificar como a formação técnica, de uma ETSUS no norte do Brasil, trabalha a questão do direito à saúde;
- b) identificar as concepções do profissional técnico de nível médio do SUS em relação ao conceito de direito à saúde;
- c) analisar a compreensão dos profissionais de nível técnico da materialização do direito à saúde nas suas experiências rotineiras;

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Reforma Sanitária

Em momentos anteriores à reforma sanitária, o que se tinha em termos de assistência à saúde no Brasil era baseado em um modelo excludente que negava ao indivíduo a condição do pleno exercício da cidadania, por não está inserido no mercado formal de trabalho; assim, o clamor pela reorientação desse modelo de assistência se tornara explícito, conforme nos remete o contexto histórico brasileiro. Não bastava institucionalizar a saúde! Era necessário ir além, de modo a considerar aspectos vários na lógica ampliada da saúde. Dessa idéia compartilhava Arouca quando referia ser preciso retomar aos princípios básicos da reforma sanitária, que não se resumiam à criação do SUS; perpassar pelo conceito de saúde e doença considerando seu vínculo ao trabalho, saneamento, lazer e cultura, expressava a magnitude de discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente (BRASIL, [200-])

Ao não se adotar previamente um preparo para a implantação do progresso no Brasil e a necessidade em responder à lógica capitalista, o que se experienciou foi o avanço do modelo da economia brasileira do início do século, predominantemente agro exportadora para o modelo de industrialização, cujas transformações remeteram a resultantes e variáveis radicais a se considerar nesse processo. Diante da brusca situação instalada em prol do progresso, estabeleceu-se a necessidade e oportunidade de abertura de frentes de trabalho, o que atraiu um grande quantitativo de imigrantes sendo os mesmos absorvidos como mão de obra impulsionadora desse processo. Contudo, as condições de trabalho que essa massa de trabalhadores dispunha eram precárias e nenhum direito trabalhista lhes era assegurado, fatores estes que culminaram com as greves gerais de 1917 e 1919, através das quais os operários conquistariam alguns direitos sociais. Assim, o Congresso Nacional aprova a Lei Elói Chaves em 24 de janeiro de 1923, tida como marco inicial da previdência Social no Brasil, através da qual foram instituídas as

Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), entendidas como uma resposta à questão social dada pelo empresariado e Estado (POLIGNANO, 2001).

Instala-se o estado novo, a partir da revolução de 1930 que foi considerada

[...] um divisor de águas de um Brasil agrário exportador para um Brasil moderno, industrial e desenvolvido, [...] o Estado brasileiro passa a ser desenvolvimentista, [...] tem como marca fundamental a intervenção ativa do Estado, [...] no desenvolvimento nacional (SELL, 2006, p. 140-141).

Os altos níveis de industrialização e urbanização que experimentava nesse momento o Brasil tornaram-no uma sociedade caracteristicamente desigual, reforçando a “[...] grande distância entre os que possuem e os despossuídos, uma profunda desigualdade no desenvolvimento regional e na distribuição de renda e riqueza resultante deste crescimento” (PRATA, 1994, p. 388).

A então realidade do país lembra o autor, citando Wood e Carvalho, dava conta que

a pobreza crescente e persistente seria o custo necessário do estágio primeiro do desenvolvimento. A pobreza generalizada e as disparidades entre uma elite afluyente e o resto da população deveriam ser vistas como características inevitáveis, ainda que transitórias do processo de desenvolvimento. (WOOD; CARVALHO, 1988 apud PRATA, 1994, p. 388).

Mesmo diante desse quadro instalado da reinante pobreza, as investidas no setor de saúde foram poucas e agruparam a criação do Ministério da Educação e Saúde (1930), a reforma Barros Barreto (1941), a criação do Ministério da Saúde (1953)(na realidade mero desmembramento do antigo ministério da Educação e Saúde) e a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais - DNERU (1956). É neste momento que se inserem os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) em substituição às CAP's, em que contemplavam, através dos benefícios da previdência, às categorias organizadas do operariado, sendo o dos marítimos o primeiro a ser criado (POLIGNANO, 2001).

Frente ao que se viu até aqui, refletido em um cenário de contradições, onde predominava um modelo de oferta de serviços de saúde excludente, movimentos de vários matizes se agregavam na mesma ótica de exigência por um modelo de sistema de saúde hierarquizado e de um sistema único de saúde abrangente da medicina previdenciária com a saúde pública, gestada pelo Ministério da Saúde (CAMPOS; MACHADO; PIERANTONI, 2006). Sell (2006, p. 194) refere que “a existência de mobilizações sociais pode ser constatada em toda a história brasileira,

[...] lutando por direitos específicos, necessidades sociais básicas, cidadania e participação política”.

Nos idos dos anos 70 as forças e movimentos que se associavam em defesa de um sistema de saúde abrangente, comportavam os publicistas, os preventistas, a pastoral da saúde, o movimento intelectual da área da saúde, o movimento estudantil e o movimento de saúde comunitária. Os somatórios dos movimentos estudantis e o I Congresso Brasileiro de Higiene (como era conhecida a saúde pública na época) originaram o movimento pela Reforma Sanitária, que encerra os princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade, assim como os princípios organizacionais da hierarquização, regionalização, resolubilidade, descentralização, participação de todos e complementaridade do setor privado (CAMPOS; MACHADO; PIERANTONI, 2006).

O termo *Reforma Sanitária* foi referido em um primeiro momento no Brasil em função da reforma sanitária italiana. A expressão marcou espaço nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, e indicava o conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde, entendida como a melhoria das condições de vida da população (BRASIL, [200-]).

Lima et al (2009) referem que a Itália na década de 1960, estava imersa em grandes dificuldades e não viveu o *welfare state* como os países social-democratas europeus; desse ano até final do século XX vieram várias reformas. Deixada de lado a reforma sanitária proposta por Giovanni Berlinguer em 1965, o parlamento investiu na reforma hospitalar (1968), onde hospitais autônomos se posicionaram em substituição às instituições públicas de assistência e beneficência. Prosseguem os autores, citando Berlinguer e col. (1988), que a partir desta situação, a Itália experimentou, em 1978, a eclosão de “uma ampla mobilização social por uma reforma sanitária, com a participação de milhares de pessoas da sociedade civil, principalmente trabalhadores, como resultado de um processo de lutas ideológicas e políticas” (p. 121). Como resposta, materializou-se a criação do “Servizio Sanitario Nazionale - SSN”. O país havia conseguido finalmente romper com o mutualismo e instituir um sistema de saúde que se mostra comprometido com a cidadania plena como direito universal, e, deste modo, com o direito universal à saúde (LIMA et al, 2009, p. 121).

Com características muito próximas às do Brasil, em ambos os Estados Nacionais,

o princípio da materialização do direito a saúde iniciara-se em resposta a uma reação da sociedade civil, organizada conforme as necessidades por ela vivenciadas, quando os trabalhadores despertaram para a necessidade de agregação e enfrentamento conjunto dos problemas advindos do modo de produção. (LIMA et al, 2009).

De forma semelhante, o Brasil experimentou uma organização da sociedade civil para a obtenção de respostas frente aos problemas de saúde o que, como consequência dos movimentos em defesa da reforma sanitária, culminou com a Oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada um marco para aqueles que trabalham na área da saúde, realizada em Brasília em 1986, que reuniu, pela primeira vez, mais de quatro mil pessoas, das quais 50% eram usuários da saúde. A partir da conferência, saiu o movimento pela emenda popular, a primeira emenda constitucional que nasceu do movimento social. Esse é considerado o maior sucesso da reforma sanitária. Foi um momento histórico em que várias tendências de esquerda e do movimento popular tiveram uma participação decisiva na instituição da Reforma Sanitária no Brasil, abrindo-se a possibilidade para um modelo de saúde democrático, em oposição ao modelo tradicionalmente autoritário e excludente (WENDHAUSEN, 2002).

Um dos grandes momentos da Oitava CNS foi o consenso obtido em torno da criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que depois se transformaria no SUS. A interdependência entre política social e econômica e a conceituação dos serviços de saúde como públicos e fundamentais para a população, foram outras importantes definições feitas pela CNS, além do legado mais precioso que refere a consolidação da idéia da Reforma Sanitária – que voltaria à agenda, com força, durante a Constituinte (1987-88) (BRASIL, [200-]).

Em 1990, em resposta também ao movimento reformista, foi legalmente instituído pela Constituição Cidadã promulgada em 1988, o Sistema Único de Saúde – SUS e afirmada a garantia “Saúde como um direito de todos e dever do Estado”, através da criação da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, que encerra os princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade, assim como os princípios organizacionais: hierarquização, regionalização, resolubilidade, descentralização, participação de todos e complementaridade do setor privado.

Dessa forma entendemos que, para pôr em prática o direito à saúde, devam ser colocados igualmente à disposição do usuário de qualquer classe social, no espaço institucional de referência, os mecanismos e atores responsáveis pela efetiva tomada de decisões pertinentes à solução de sua problemática de saúde. Desta forma, se processa a garantia às pessoas do acesso resolutivo ao sistema nacional de saúde brasileiro, em que o exercício do direito de proteção a sua saúde, permite experimentar o status de cidadania.

2.2 O Sistema Único de Saúde – SUS

O Estado Brasileiro iniciou, por meio do SUS, um processo de construção social com vistas a edificar um novo espaço de construção de saúde. (LIMA et al, 2009, p. 123).

O Sistema Único de Saúde - SUS foi criado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, tendo em seu bojo a proposta de alteração da situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, instituindo a obrigatoriedade do atendimento público e gratuito a qualquer cidadão. A criação do SUS está diretamente relacionada à tomada de responsabilidade por parte do Estado. Vários marcos legais foram criados para a existência do SUS, que regulamentaram áreas como a da operacionalização, do financiamento e a da participação da sociedade entre outras.

[...] Desde sua criação, o SUS nunca viveu num ambiente de segurança jurídica perfeita nem de financiamento estável ideal que permitisse sua eficiência. [...] É a mais complexa das políticas sociais já criada, pois carece de permanente diálogo entre os atores que executam o SUS (União, Estado e Municípios) e os diversos segmentos da sociedade. Grandes áreas do SUS como: gestão de trabalho, modelo de atuação, modelo de gestão, formas de regionalizações etc. necessitarão sempre de aprimoramentos e mudanças conforme se altere a realidade sócio-econômica-cultural e epidemiológica brasileira. (MAGALHÃES, 2008).

A constituição do SUS é definida, conforme Art. 4º da Lei Orgânica da Saúde 8080/90, como o 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.

Não se pode esquecer que o povo brasileiro tem sua história contextualizada no âmbito social, político, econômico e cultural, e nesse conjunto o movimento

sucessivo de modificações no processo da saúde pública do Brasil não escapou às influências do processo histórico. A predominância do modelo de saúde brasileiro que estava apoiado nas campanhas sanitaristas (1960) cede lugar para o modelo médico-assistencial-privatista (até 1980), momento em que a redemocratização política do país consolida a instituição do SUS (BRASIL, 2007).

A idéia do SUS conforma-se além da simples disponibilização de postos de saúde e hospitais; pensado com o objetivo de proteger, o SUS deve promover e recuperar a saúde de todos os brasileiros, independente de onde moram, se trabalham e quais seus sintomas. O fim da indigência nacional, o estabelecimento da promoção da saúde no nível primário e o escalonamento dos demais níveis, do secundário ao quaternário¹ permitindo a todos atenção à saúde, constrói a filosofia do Sistema como uma das melhores idéias já discutidas e aprovadas no Brasil (ARRUDA, 2001). No sentido inverso ao proposto pelo SUS, lembram Lima et al (2009) que ao tempo em que se conformava a conquista da (re) democratização, se consolidava também no país a condição do *apartheid* social brasileiro e da alienação do patrimônio nacional aos interesses estrangeiros. Reforçam os autores, que os efeitos deletérios experimentados pelo país a fora, retratados pelo alto índice de mortalidade infantil, analfabetismo, desemprego, evidenciava a condição de segregação acima referida; como se não bastasse, o sistema privado aponta com ares de expansão e concorre, ao lado do SUS, com a assistência à significativa parcela de 40 milhões de pessoas que desacreditavam no SUS, mostrando assim o quanto a universalidade proposta pelo Sistema Único assumia a condição de parcialidade da universalidade atingindo a $\frac{3}{4}$ da população (o segmento da pobreza) em detrimento do todo.

A proposta de criação do SUS foi a de ser o sistema de saúde para todos dentro do território brasileiro, que em alguma medida, se beneficiam das campanhas de vacinação, das ações de prevenção, de vigilância sanitária (registro de medicamentos, fiscalização de alimentos etc.) e epidemiológica, das ações no processo de saúde do trabalhador e da assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica, muito bem expressos na Lei Orgânica da Saúde (LOS) em seu artigo 1º:

é assegurado em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual,

¹ Nível altamente especializado em atenção à saúde.

por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado. (BRASIL, 1990a).

Já no capítulo das disposições gerais da lei supracitada, consta que saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

No Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços são regulados, dentre outros princípios, em atenção: à universalidade onde cabe ao Estado a responsabilidade de garantir a todos, incondicionalmente, o acesso aos serviços relacionados; à *equidade* considerando diferentemente as necessidades dos indivíduos e à integralidade atuando sobre o indivíduo como um todo, cujas ações de saúde a ele dispensadas deverão contemplar um complexo articulado sem intermitência envolvendo promoção, proteção e recuperação da saúde em consonância com as demais políticas que se fizerem necessárias no processo da prevenção e/ou da cura.

Conforme aborda BRASIL (2007), a efetiva implantação do SUS se deu a partir da CF, Leis 8.080/90 e 8.142/90, e foi orientada pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) estabelecidas através de portarias ministeriais, as quais definiram os critérios para que os estados e municípios pudessem assumir suas posições dentro deste processo. Descreve ainda a respeito das NOB, conforme entendimento a seguir.

A NOB/91 (Resolução INAMPS nº 258, de 7 de janeiro de 1991) estabeleceu critérios de repasse de verbas aos estados, Distrito Federal e município (através de convênios), equiparou prestadores públicos e privados, em que ambos eram pagos por produção de serviços e centralizou a gestão do SUS pelo INAMPS (âmbito federal); Instituiu a UCA (unidade de Cobertura Ambulatorial). Para serem considerados municipalizados no SUS, os municípios deveriam criar os Conselhos Municipais de Saúde e instituir Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) dentre outras. Foi reeditada, com alterações, pela Resolução INAMPS nº 273, de 17 de Julho de 1991 que contemplou a implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

A NOB/92 (Portaria nº 234, de 7 de fevereiro de 1992, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, por consenso entre INAMPS, CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), objetivou

normatizar a assistência à saúde no SUS, instituiu o Índice de Valorização de Qualidade (IVQ) a ser repassado aos hospitais públicos, contratados e conveniados da rede SUS, e criou o FEGE (Fator de Estimulo à Gestão Estadual) que reajustava mensalmente os valores de repasse. Essa NOB não foi implementada.

A NOB/93 editada por meio da Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993, desencadeou um amplo processo de habilitação nas condições de gestão (que eram incipientes, parcial e semi-plena), que habilitou municípios como gestores, constituição das Comissões Intergestores Bipartite – CIB e Tripartite - CIT (âmbito estadual e nacional, respectivamente) (BRASIL, 2007).

Nem tudo foi vitória, no campo da saúde em 1993, pois, apesar da conquista de mais uma NOB, o financiamento da saúde perdeu sua principal fonte (INSS) para as despesas previdenciárias, e o sentimento de derrota se estabelecer uma vez que

[...] O bolo do orçamento da seguridade social, cujo maior componente era a folha de pagamento do empregador, foi retirado como base e financiamento do SUS. O Ministério da Saúde foi à zero. O SUS quase acaba em 1993 [...] (SANTOS 2006 apud BRASIL, 2007, p. 73).

A busca de uma nova fonte de recursos para o SUS apontada pelo então Ministro da Saúde Adib Jatene, que pudesse minimizar o problema criado pela saída do financiamento garantido pela seguridade, foi a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF), através da Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996 (BRASIL, 2007).

Apesar dos esforços do governo em manter a CPMF até 2011, anunciando o compromisso de elevar em R\$ 36 bilhões (contra o aporte anteriormente estabelecido pela emenda nº 29, de R\$ 24 bilhões) o recurso para a saúde até 2010, sua última cartada foi derrotada e a CPMF foi extinta em janeiro de 2008.

A NOB/96, editada através da Portaria GM/MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996, tinha como objetivos a reorganização do modelo assistencial onde os municípios seriam responsáveis pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde, o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS entre o estado, município e o âmbito federal, através da CIT e das CIBs, cadastramento e adscrição da clientela SUS, entre outros. Foi estipulada uma parte fixa e outra variável do novo PAB (Piso de Atenção Básica, anteriormente à NOB/96 chamado de Piso de Assistência

Básica) sendo fixado em R\$ 10,00 o valor *per capita*/ano, a ser transferido automaticamente aos municípios *fundo-fundo* (BRASIL, 2007).

É pertinente referir que essa questão do financiamento, inicialmente vetada na Lei 8.080, fora resgatada pela Lei 8.142, que também resgatou a participação social como fator relevante na materialização do SUS.

2.3 Participação Popular no SUS

[...] Depois de longos anos da ditadura, a sociedade brasileira parecia reflorescer com uma pluralidade de atores coletivos que traziam a promessa de reconduzir o país no rumo da democracia (SELL, 2006, p. 192).

A participação popular, intencionalmente excluída do momento de criação do SUS (Lei 8.080) voltara, em momento próximo posterior, a ser reinserida através da Lei 8.142, uma vez que o povo indeferira tal exclusão determinada pelo poder maior. O processo de inserção do povo a partir de lutas e movimentos pode ser reportado conforme nos permite a história quando remexemos nesse contexto, a partir de quatro dos principais movimentos e lutas ocorridas no século XVIII, segundo Gohn (2004), que foram de tamanha importância para século seguinte, a saber:

Inconfidência Mineira (1789) – movimento composto por elites intelectuais, mineradores ricos, proprietários rurais além de clérigos e militares (o de menos recursos teria sido exatamente Tiradentes);

Conjuração do Rio de Janeiro (1794 -95) – academia científica do rio de Janeiro que passara a congregar membros que discutiam questões científicas políticas;

Revoltas Populares de Mulatos e Negros na Bahia – 1797;

Conspiração dos Alfaiates – 1798;

Chegando ao século XIX, identifica-se inúmeros movimentos populares no Brasil os quais, dentre outros, registramos: a Balaiada, a Setembrizada, a Novembrada, a Revolta dos Exaltados, Caramurus, os Chimagos, a Cabanagem, a Abrilada, a Noite das Garrafadas, a Carneirada, a Revolta dos Malês, a Guerra dos Farrapos, Canudos, dentre outros, atentando para o Movimento das Associações do

Auxílio Mútuo que desempenhou no Brasil um papel de assistência social; os movimentos que mais se aproximaram das características de movimentos sociais urbanos do século XX, foram as lutas contra o fisco, tendo como representantes o Quebra-quilos e o Ronco da Abelha; chegando a 1988 com o Movimento em Defesa da Escola Pública, Movimentos Ecológicos, Fóruns das ONG's Brasileiras, Invasões dos índios, Massacre dos Ianomâmis, Movimento Anarquista, Movimento Parlamentarista, Movimento Ação da Cidadania Contra a Fome e pela Vida, Movimentos Separatistas, Caravana pela Cidadania dentre outros.

A discussão pretendida por Gohn remete a considerar:

- as reivindicações de cada luta ou movimento correspondiam às questões sociais de seu tempo, assim como os termos adotados, por exemplo, patriotas, exaltados, moderados, paredes, etc.;
- os elementos articulatórios das lutas/movimentos foram dados pela conjuntura política existente;
- a extensão do conflito abrangia a diferentes classes e camadas sociais;
- também ocorreram movimentos conservadores com ideologias antidemocráticas ou elitistas;
- a política de conciliação sempre predominava após o término dos conflitos;
- durante o populismo (1945-64) foram detonadas pelos eixos, as novas necessidades que a urbanização acelerada gerava, a ideologia nacional desenvolvimentista e os efeitos perversos da industrialização gerando lutas no campo da reforma agrária;
- o surgimento das greves no setor operário e no funcionalismo público, além dos movimentos estudantis (anos 60);
- as lutas ocorridas nos anos 70-80 levaram a construção de um novo paradigma de ação social, com enfoque na cultura e no plano moral;
- apesar da miséria e das injustiças sociais, se tinha um alto índice de solidariedade e de iniciativas, como as campanhas de combate a fome;
- as lutas sociais dos pobres, antes vistos como coitados e desabonados pela sorte, do século passado, transfiguram-se hoje no âmbito das representações sociais em lutas que partem de pessoas perigosas, não trabalhadoras, transgressoras da ordem social vigente. (GOHN, 2004).

A continuidade das lutas pela consecução de direitos à saúde, também e fortemente precedeu a instituição do SUS, uma vez que este foi resultado de muitas negociações que sucederam a conflitos.

Tem-se então o SUS, um sistema único por seguir a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal. Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema com um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum

contemplando ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (FIGUEIREDO, 2005). Desde seu início, o SUS aposta em transcender ao modelo fragmentado político-institucional das intervenções em saúde e superar a centralidade das ações programáticas, congregando os atores sociais que acreditavam na garantia da gestão democrática de políticas públicas, condições de vida digna, autonomia e equidade (CASTRO, MALO, 2006).

A dinâmica adotada pelos atores do SUS, reconhecendo a pluralidade do pensar e agir em saúde, se respalda na conquista alcançada pela Lei Orgânica da Saúde, que estabelece dois espaços institucionalizados de participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde: as Conferências e os Conselhos de Saúde (nacional, estaduais e municipais) onde a comunidade, através de seus representantes pode opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as ações de saúde das três esferas de governo: federal, estadual e municipal. À luz do que referencia Figueiredo (2005), essa participação deve ocorrer nos conselhos de saúde, com representação de usuários, do governo, de profissionais de saúde e de prestadores de serviço, além das conferências de saúde periódicas, espaço em que se definem as prioridades e linhas de ação sobre a saúde.

Urgia a necessidade de superação da marginalização e da cultura política construída no advento da república, que atribuía ao povo ser um ente amorfo e difuso, enquanto que entendia o Estado como provedor e organizador da ordem necessária a república; era o que se experimentava enquanto cidadania além de se ter a realidade da participação popular (GOHN, 2004).

Reforça Wendhausen (2002), ser a participação popular uma ferramenta importante de luta e controle no contexto do direito à saúde com significância traduzida na força imprescindível, responsável pelo processo de reversão dos nocivos interesses dos que apostam no continuísmo da condição deficitária, impotente e desacreditada atribuída ao serviço público pela própria população mantenedora. A efetivação da participação popular, num momento que se afigurava bastante diferenciado dos anos 80 – a chamada década de conquistas - entra, a partir daí, num novo contexto político e econômico marcado pelo neoliberalismo. As forças sociais contrárias aos postulados do movimento passam a ter, no jogo político, perspectivas que lhes são favoráveis, decorrentes da conjuntura neoliberal radicalizada na década de 90. A luta do movimento sanitário tomava novos rumos.

Adotamos entendimento semelhante a Castro e Malo (2006) em direção à perspectiva ampliada de saúde com base na integralidade do cuidado e na reflexão crítica pertinente aos saberes (saber, ser e fazer) voltados para a promoção da saúde, cuja travessia por essas áreas tem por fim a prática de novos olhares, estratégias e táticas.

E a partir do momento em que se encurtar a distância entre os usuários e o planejamento/tomada de decisões na área da saúde, é que provavelmente se materializará a união das ações preventivas de saúde e a efetiva participação popular; que irão concorrer para a reversão do pensar, planejar e decidir *por* para o pensar, planejar e decidir *com*, de modo que se promova o deslocamento do cerne da equipe de saúde, da exclusividade da execução do trabalho, de modo que todos os envolvidos possam se enxergar como parte integrante no processo e desta forma responsáveis também pelas ações (RONZANI; SILVA, 2008).

Porém, para se efetivar e assegurar as ações de saúde a que os cidadãos fazem jus remete à necessidade de utilizar, de forma organizada, instrumentos que possibilitem tal processo de forma abrangente; é nessa perspectiva que se tem o estabelecimento de políticas; No entanto, a materialização das políticas de saúde pertinentes, como resposta requerida pela população, alinhada ao que pensamos, é uma postura que o estado adota, conforme Paim e Teixeira (2006) conceituam ser

[...] política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes. (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 74).

Enquanto no Brasil se tem o SUS como maior avanço consagrado pela Constituição Federal, com a definição das bases doutrinárias da universalidade, equidade e integralidade com fins à manutenção da saúde, no restante do mundo com ênfase nos países em desenvolvimento, o caminho é feito na direção oposta (ARRUDA, 2001). Corroborando com o autor, Berlinguer (MARQUES, 2007) refere

Considero o SUS uma das melhores realizações deste período. O novo modelo resistiu e foi até melhorado no Brasil, enquanto na maioria dos países, particularmente na América Latina, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional conseguiram impor a ideologia de mercado da regulação econômica e da privatização dos serviços de saúde. (MARQUES, 2007).

Considerando a miríade de situações que permeia as ações de saúde, passando pelas necessidades de atenção que se apresentam de várias conformações e numa relação inversamente proporcional aos recursos que são

limitados, a necessidade pela superação dos problemas, que nem sempre está ligada a fatores intrínsecos e/ou específicas ao setor, é imposta por um conjunto de decisões respaldadas por um arcabouço legal que lhes regulamentará. Neste sentido se estabelecem as políticas públicas que podem ser entendidas por um conjunto de decisões geradas por quaisquer dos níveis do governo e devidamente formatadas em atenção às normativas, em que se incluem as políticas de saúde cuja importância é inquestionável visto que afetam, direta ou indiretamente, os aspectos da vida quotidiana envolvendo as ações, os comportamentos e as decisões (OPAS, 2007).

A formulação de políticas públicas que possam valorizar mais e mais a qualidade de vida das populações é o grande mote da concretização de uma atenção digna à saúde. Promoção da saúde se apresenta como uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Todo este aparato se iniciou a partir da carta de Ottawa – Canadá, 1986.

Segundo Brasil (2007), ao nos reportarmos à nossa história, identificamos que na constituição de 1891, no que se refere às políticas sociais, cabia aos estados e municípios a responsabilidade e as práticas das ações de saúde, saneamento e educação; esse expediente utilizado pelo governo de ficar à parte do processo instituiu um quadro catastrófico na área da saúde brasileira, uma vez que naquele momento as endemias rurais se alastravam pelo interior e centros urbanos do país; com a chegada do governo republicano, criou-se o Departamento Geral de Saúde pública – DGSP (1896), que dirigia os serviços sanitários, fiscalizava o exercício da medicina e farmácia e organizaram dados estatísticos demógrafo-sanitários; somado a isso, no Rio de Janeiro se criava o Instituto Soroterápico Federal (1900) – (transformado em Instituto Oswaldo Cruz - 1908 e Fundação Oswaldo Cruz - 1970) e em São Paulo, o Instituto Butantã (1901), o que contribuiu no pensar em saúde pública no país. Com o quadro caótico em que se apresentava a cidade do Rio de Janeiro, era preciso agir para se contrapor ao comprometimento da política econômica e, portanto “sanear” o Rio de Janeiro o que foi feito de forma autoritária, sem informar à população a qual se posicionou contra a vacinação originando um motim que ficou conhecido por Revolta da Vacina (1904). Vieram as CAP's (1923, depois IAP's - 1933), Ministério da Saúde (1953), DNERU (1956). (BRASIL, 2007).

Todo esse desenrolar, em nosso entendimento, mostra que as intervenções no campo da saúde tinham necessidade de acontecer, com definição de responsabilidades e raio de ação das entidades envolvidas no processo de forma que a saúde dos indivíduos fosse restabelecida e/ou resguardada, significando assim o estabelecimento de políticas com a responsabilidade de mediação desse processo.

Apesar das proposições e regulamentações das ações de saúde, Arruda (2001) assevera que o Brasil ocupa no *ranking* para a saúde no mundo proposto pela OMS, um dos últimos lugares. Preocupa ainda o crescimento pela procura da assistência privada (que pode ser devida a uma falta de credibilidade da atenção de responsabilidade do SUS), a responsabilidade deste em prestar assistência a um quantitativo de 130 milhões de brasileiros carentes e a realização da reforma do Estado sem que induza sua desresponsabilização no que tange à assistência a saúde; todas essas inquietações apontam para a necessidade de se formatar uma proposta de política de atenção à saúde harmonizada com a nossa realidade sócio-econômica, universal e integral, alinhada aos princípios constitucionais (ARRUDA, 2001).

A título de exemplo, duas importantes políticas implantadas anteriormente ao SUS foram as Ações Integradas de Saúde (AIS) -1981 à 1984 e o Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS) 1987 à 1989. Na Constituição Federal de 1988, se estabeleceu a Seguridade Social (Art. 194) como política de saúde, que congrega a integração dos três setores da área social: saúde, assistência e previdência social e que contempla o acesso universal, equânime e democrático (LUCCHESI, 2002).

Diante das proposições de um sistema que toma para si o desafio de disponibilizar atenção à saúde de forma universal e equânime, concordamos com Lefevre e Lefevre (2004, p. 71) quando dizem que

[...] formular políticas públicas saudáveis, [...] por um lado pressupõe uma ampliação do conceito de saúde, e por outro, um novo papel que o Estado deve desempenhar [...] assumindo o compromisso de situar a saúde no topo da agenda pública e enfatizar o compromisso técnico de intervir nos fatores determinantes do processo saúde-doença.

2.4 O Caminhar da Saúde: conceitos e direito

Saúde para a Organização Mundial de Saúde é preconizada como o completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença (OPAS, 2007).

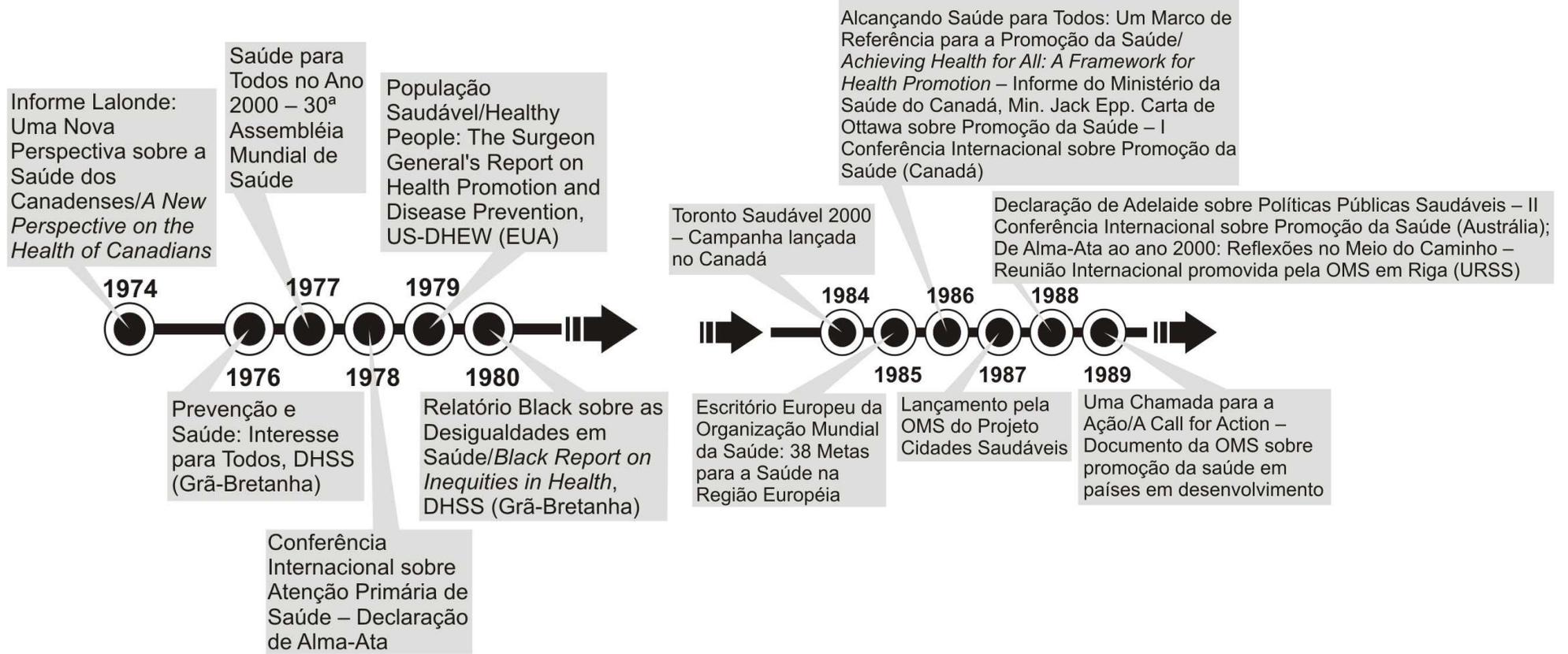
Num passado próximo, a saúde era definida de modo muito simplificado como ausência de doenças, considerando apenas a dimensão biológica da pessoa, trilhada pelo olhar único do médico, apesar que, conforme Medeiros e Guimarães (2007) reportam, a medicina de Hipócrates chamava atenção para a importância da relação médico-doente e as suas conseqüências sobre o bem-estar deste, não tão simples quanto a posição de Descartes que concebeu o corpo humano como uma máquina que quando avariada se tinha a doença, quando em bom funcionamento se tinha a saúde. Contrapondo-se a tal, hoje não podemos considerar a saúde sem correlacionar às condições que cercam o indivíduo e a coletividade (MEDEIROS; GUIMARÃES, 2007).

Na *Declaration de droits de l' homme et du citoyen* (1789), a questão do direito à saúde era abordada embora sua discussão tenha se efetivado da Declaração Universal do Direitos Humanos (1948), aprovada a 10 de dezembro de 1948 pela Assembléia Geral das Nações Unidas, que contempla no Artigo 25, conforme citam Dallari et al (1996):

Todas as pessoas têm direito a um padrão de vida adequado à saúde e bem estar próprios e de sua família, particularmente alimentação, moradia, vestimenta a assistência médica e necessários serviços sociais, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outra falta de meios de sobrevivência em circunstâncias fora de seu controle. (DALLARI et al, 1996, p. 535).

Em discussões antes sucedidas, a preocupação com a saúde já marcava presença. As abordagens foram muitas e em vários momentos no âmbito mundial perpassando por exemplo, conforme aponta Buss (2000), pelo Canadá, EUA, Grã-Bretânia, Suécia, Colômbia, Nova Iorque, Cairo, URSS. Assim, na década de 70 os registros pertinentes conformaram o Informe Lalonde, a Declaração de Alma-Ata e outros; nos anos 80, foi a vez do Relatório Black, Toronto Saudável 2000, a Carta de Ottawa dentre outros; nos anos 90 tivemos a Declaração de Sundsvall, Jacarta e outros registros.

A figura síntese que segue, demonstra a cronologia da saúde, diante do acima referenciado.



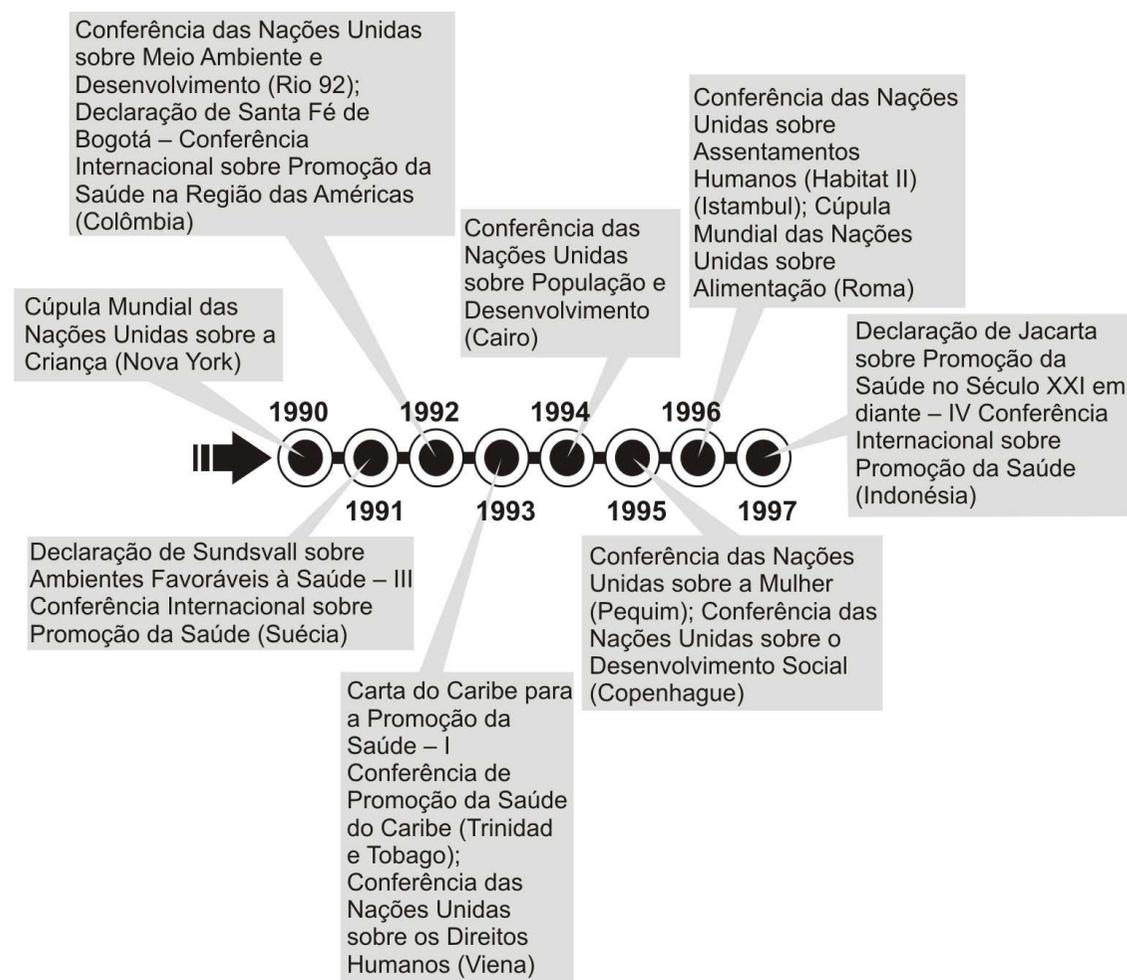


Figura 1: Cronologia da saúde

Fonte: Infográfico elaborado pela autora, adaptado de Buss, 2000.

No percurso acima referenciado, percebemos que as preocupações e ações voltadas para a saúde, se posicionaram muito além da doença, refletindo uma inter-relação com outros setores da sociedade; neste sentido, a intersectorialidade, que vem a responder a problemas complexos que só podem ser resolvidos com o envolvimento dos diversos contextos, é exercida muito bem na área da saúde, possivelmente pelo próprio contexto histórico em que se deu a criação do Sistema Único de Saúde (POLI NETO, 2006, p. 141).

Leite (2007) se reporta com semelhança em referência a intersectorialidade quando conceitua saúde como produção social de determinação múltipla e complexa de atividades que concorrem para mudança de estilos de vida, contemplando a inserção do ambiente total de vida.

Um dos direitos fundamentais de todo homem, é gozar do grau máximo de saúde (Organização Mundial da Saúde), e é responsabilidade dos governos aplicarem as medidas sanitárias e sociais pertinentes.

Segundo Dallari (2003, p. 48):

[...] O direito sanitário se interessa tanto pelo direito à saúde, enquanto reivindicação de um direito humano, quanto pelo direito da saúde pública: um conjunto de normas jurídicas que têm por objeto a promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos os indivíduos que compõem o povo de determinado Estado, [...].

Na segunda e terceira décadas do século XX, é intensificada a discussão relativa à igualdade de oportunidades e, nesse cenário, Luiz (2005) em seu artigo afirma:

[...] a concepção de que qualquer cidadão tem direito a condições mínimas de sobrevivência e que, para tanto, o Estado deve garantir emprego, controle de salário, seguro contra invalidez, doença e proteção na velhice, licença-maternidade, aposentadoria, educação, moradia etc.: é o Estado do bem-estar social (*welfare state*), no qual todos têm direito a serem protegidos contra situações adversas e, mais recentemente, a terem garantidos os níveis mínimos de qualidade de vida.

No Brasil, apesar de garantida a saúde como um dos direitos humanos do povo, há que se ter indivíduos conscientes, no que tange a tudo o que é saúde, pois está nas mãos destes reivindicar e organizar-se para lutar por este bem, de modo a provocar ao Estado uma resposta à reivindicação sanitária. Neste contexto vale lembrar o preâmbulo da Declaração Francesa dos Direitos Humanos de 1789: “A ignorância, o esquecimento ou desprezo dos direitos do homem são as únicas causas da infelicidade pública e da corrupção dos governos”.

[...] os Estados precisam dispor de indicadores e parâmetros suficientemente capazes de determinar quando estão ou não realizando progressivamente o direito à saúde. [...] desmembrar o direito à saúde em direitos negativos ou liberdades e direitos de natureza positiva; tratamento e fatores determinantes da saúde; não-discriminação; participação; monitoramento e responsabilização [...]. (HUNT; KHOSLA, 2008, p. 116).

Humenhuk (2004) considera saúde, como premissa básica no exercício da cidadania do ser humano, constitui-se de extrema relevância para a sociedade, pois a saúde diz respeito a qualidade de vida, escopo de todo cidadão, no exercício de seus direitos. Isto posto, na esfera jurídica, o direito à saúde se consubstancia como forma indispensável no âmbito dos direitos fundamentais sociais, que têm como inspiração o valor da igualdade entre as pessoas. Por estar entre os direitos fundamentais sociais, ou prestacionais, o direito à saúde se configura componente do constitucionalismo liberal para o constitucionalismo social.

2.4.1 Saúde no âmbito dos direitos fundamentais sociais

No modelo capitalista contemporâneo, as duas classes sociais vigentes referem a *classe proprietária* – os de posses econômicas suficiente para si e seus dependentes, sem que tenham necessidades de exercer atividade remunerada - e a *classe trabalhadora* que subsistem através dos ganhos por atividade remunerada; somente os membros desta última são sujeitos dos direitos sociais (PINSKY; PINSKY, 2003, p. 191).

Os direitos sociais, que comportam o direito à saúde, remetem à existência de direitos naturais, base do jusnaturalismo, que reforça serem esses direitos anteriores e superiores ao Estado, contextualizados em determinado período histórico e, por conseguinte, sua efetivação ocorre independentemente de quem detenha o poder coativo. Bobbio (1995, p. 20-21) referindo o conceito de jusnaturalismo defendido por Hugo Grócio, cita ser

um ditame da justa razão destinado a mostrar que um ato é moralmente torpe ou moralmente necessário segundo seja ou não conforme a própria natureza racional do homem, e a mostrar que tal ato é, em consequência disto, vetado ou comandado por Deus, enquanto autor da natureza.

Logo a seguir (p. 22-23), o autor mencionando ser o jusnaturalismo a antítese do positivismo jurídico, reforça que “o direito natural estabelece aquilo que é bom, o direito positivo estabelece aquilo que é útil”.

A concretude dos direitos sociais se pauta no estabelecimento das relações sociais que se fundamentam na justiça, visto que

Sem justiça não pode haver sociedade; sem beneficência poderia haver, ainda que fosse lamentável. Enquanto a justiça é o ‘cimento’ da sociedade política, a beneficência é o ‘ornamento’, o que a faz mais bela, nobre, digna de imitar. (GRONDONA, 2000, p. 36).

Para Bobbio (2004) as referências atualmente feitas aos direitos do homem, incorporam não somente os direitos individuais tradicionais – que contemplam *liberdades* – mas também os direitos sociais – que consistem em *poderes*; àqueles exigem dos outros as obrigações de caráter puramente negativas, enquanto estes só podem se concretizar a partir da imposição a outros de obrigações positivas; aborda ainda o autor que, quanto mais aumentam os poderes dos indivíduos, tanto mais diminuem as liberdades dos mesmos, de forma que as duas situações jurídicas jamais ocorrerão simultaneamente pois ao se realizar integralmente *uma* deriva o impedimento da realização integral da *outra*. É oportuno salientar ainda, que os direitos de liberdade objetivam limitar o poder do Estado ao passo que os direitos sociais ampliam os poderes. Deste, já que é imprescindível sua intervenção para que se efetive a materialização daqueles (BOBBIO, 2004).

Entendemos da mesma forma que Bobbio (2004), o quanto direito e dever se consagram lados da mesma moeda, a depender do ângulo que olhamos, podendo-se, inclusive, revolver a moeda de forma revolucionária ou gradativa.

A alusão que faz Espada (1997, p. 19) quanto aos direitos sociais e econômicos aponta para “algo que dá origem a um chão comum abaixo do qual ninguém deve requebrar o pé, mas acima do qual podem surgir e florescer desigualdades sociais”.

De acordo com o que se discutiu aqui, é pertinente referir o que Gaudenz e Schramm (2009) reporta no contexto da saúde, ao tempo que afirma a existência, na atualidade, de uma tendência que leva à responsabilização individual sempre que, ao agir, o indivíduo provoque conseqüências sobre a saúde de terceiros ou dele próprio, sendo-lhe remetida a auto-responsabilização. Diante disso, reforça o autor,

se utiliza comumente como justificativa a problemática do limite finito e escasso dos recursos, situação esta que se reflete numa constante universal da bioética sanitária.

Reforçando o contexto da materialização do direito à saúde, Garrafa, Oselka e Diniz (1997) alertam sobre as faces de sua não concretude pelo compasso dos direitos sociais uma vez que

Situações como a de extrema pobreza impedem não apenas o cumprimento do direito social e histórico à assistência, mas, principalmente, o cumprimento do direito mais fundamental, que é o direito à vida, através de uma de suas exigências primárias, o direito à saúde.

Assim, o Direito à saúde é parte do direito de segunda geração, um direito social prestacional, por necessitar de atuação positiva por parte do Estado. Em sendo também um direito público e subjetivo e, portanto dever do Estado, este é obrigado a tal prestação, independente de previsão em legislação ordinária, e, estando passível de reclamação pelo titular do direito via judicial e/ou administrativa, pela não atuação do Estado para com o direito à saúde, importar-se-á numa eventual ação judicial e/ou administrativa quando o Mesmo não desempenhar o seu dever de promover e garantir a saúde. A jurisprudência é clara neste sentido (HUMENHUK, 2004).

Com base na Constituição Federal; na Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a), a Lei Orgânica da Saúde; na Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990b), que trata da participação da sociedade e do financiamento da saúde; nas demais leis que de alguma forma têm a ver com o tema e nas recomendações internacionais sobre os direitos dos pacientes, os usuários devem se empoderar desses seus direitos de ações e serviços de saúde, inclusive o de recorrer à Justiça para fazer valer seus direitos à assistência integral à saúde. É o caminho pelo qual permeia o exercício da cidadania.

Diante do adoecer subjaz o desafio de intervenção dos profissionais da saúde, que ao adotar um agir pautado numa cumplicidade com o usuário que se encontra nesta condição de fragilidade e ao ser por este fortalecido, posto que o usuário os subsidia com meios que permitem um maior controle sobre as decisões que afetam suas vidas, corroborando assim com a questão do *empowerment* daqueles; o *empowerment*, como reportam Ferreira e Castiel (2009), se confunde com a própria razão de ser (*raison d'être*) da promoção da saúde e ressaltam ainda que

[...] assumir o caráter relacional do *empowerment* significa aceitar sua interdependência com a noção de participação, sem a qual não há transformação social [...]. (FERREIRA; CASTIEL, 2009).

Isto posto ratifica que a atenção ao usuário deva contemplar não somente a solução do seu problema físico/mental, mas também torná-lo habilitado a reivindicar, discordar e até apontar propostas de sua recuperação, sendo-lhe repassadas as informações necessárias o que, no meu entendimento, se configura no caminho para a consecução do direito de ter direito à saúde, direito este que adveio das lutas, do confronto, da explicação das graves contradições que marcam nossa sociedade e atrela em si uma fatia do resgate à cidadania do indivíduo já que assegura a todos, nos espaços devidos, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde em conformidade com suas necessidades. Nesse contexto, concordo com Silveira et al quando diz que:

[...] A cidadania não é algo a ser concedido, pois se assim o fosse, restaria à grande maioria da população esperar. Ao contrário, essa condição advém da luta, do confronto, da explicação das graves contradições que marcam nossa sociedade, decorrentes de um modelo social e econômico pautado pela lógica da exclusão. (SILVEIRA et al, 1999, p. 103).

Além deste aparato legal, que nem sempre é lançado mão pelo usuário de forma consciente (esse entendimento às vezes é dito por um vizinho, familiar, etc.) é importante identificar se ele tem e qual sua perspectiva relativa a este direito. No percurso da consecução do direito à saúde referem Leite e Mafra (2009), por meio de pesquisa, ser a participação do usuário ainda pouco investigada, e asseveram que o mesmo a enxerga

[...] como configuração pré-estabelecida nas instituições brasileiras e na sua cultura popular como forma de obtenção do que, na verdade, “pode” (que pode “não poder” em diversas situações), o “jeitinho” inclui a utilização das relações pessoais – amizade, troca de favores, referência a “alguém” que tem a influência necessária. (LEITE; MAFRA, 2009).

Os usuários, para as autoras, têm pouca consciência da amplitude e significado dos direitos sociais, mesmo quando são beneficiários diretos destes direitos garantidos sob forma de decisão judicial. A concepção dos usuários pesquisados é, em parte, de que o acesso a bens e serviços das instituições públicas é dependente de cortesias ou bondades individuais de profissionais de saúde, servidores públicos ou políticos.

Maciel-Lima chama a atenção para esta questão:

[...] A relação entre o profissional de saúde e o usuário está sendo repensada. Muito se deve ao aprofundamento do conhecimento bioético e à relevância de seus esteios: a autonomia, a beneficência e a justiça. [...] o doente, usuário ou consumidor dos serviços de saúde, ao clamar por seus

direitos, desestabilizou a hegemonia do outro pólo, os profissionais e ou instituições de saúde [...]. (MACIEL-LIMA, 2004).

Segundo Maciel-Lima (2004), nos serviços de saúde o que se deve priorizar é a relação profissional-usuário e não profissional-máquina uma vez que o produto final do trabalho é de caráter humanístico, que se dá pela troca de informações, pelo atendimento às necessidades e expectativas do usuário que o procura, sobressaindo as relações sociais entre indivíduo – profissional e usuários – consumidores, envolvendo o comprometimento em ver o trabalho concluído.

À medida que se estabelece a relação indivíduo e sua necessidade de cuidados à saúde respondida pelo agente produtor desse cuidado (Estado) através de seus profissionais, observa-se uma inter-relação que se pautará de um lado com o fazer e do outro com o receber. Assim, nesse processo, o desempenho do profissional da saúde se traduz na forma de interlocução com o sistema e favorece a relação clientela-instituição, possibilitando o resgate do espaço de escuta e fala da população, através de novas abordagens, incluindo o reconhecimento e priorização das necessidades das pessoas (ZERBETTO; PEREIRA, 2005). É quase que intrínseco sua transformação em elemento de ligação entre o sistema e a comunidade, e assim esse profissional se apropria de poderes (que a própria comunidade lhe confere, por reconhecer nele representatividade), e o torna agente de mudança e resolubilidade, seu ouvidor e porta-voz; o vínculo se consolida ainda mais se este profissional demonstra conhecimentos e aceitação de costumes e crenças populares e com isso ele consegue mais facilmente se constituir em um canal de comunicação com a população a qual pretende trabalhar, suficiente para que suas ações produzam impacto.

Os profissionais de nível médio, chamados de técnicos ou auxiliares, têm ainda maior especificidade nesta relação, como sugerem Leite e Schor (2005):

[...] os auxiliares conhecem as pessoas, as particularidades, a linguagem e os problemas da comunidade. Esta integração cultural que falta para os profissionais graduados em nível superior proporciona para os auxiliares uma comunicação muito mais fácil e decisiva com a clientela da unidade. Este potencial de impacto sobre a comunidade pode e deve ser utilizado quando do planejamento de ações de saúde, principalmente quanto à educação em saúde [...]. (LEITE; SCHOR, 2005).

A constatação de detentor da função de ponte com o serviço exige que se consiga identificar nesse técnico a existência da harmonização do trabalho vivo e

saberes estruturados de tal modo a permitir à sua comunidade um acesso coerente com a proposição legal do direito à saúde; direito este que se materializa, inclusive, a partir da expressão do trabalho humanizado em saúde, o qual na atualidade incorpora tecnologias que são utilizadas no espaço que é comum ao trabalhador e ao usuário no contexto do cuidado em saúde. Porém, a abordagem que se discute quando se referencia tecnologia, deve transpassar a lógica simplista do conjunto de instrumentos materiais do trabalho. É pertinente então inferir se a abordagem do profissional junto ao usuário/cidadão se concretiza em um processo de relação que envolva, segundo Merhy (2005), tanto a tecnologia leve² quanto a tecnologia dura³ de forma que sejam aplicadas no modo de pensar e atuar sobre os casos de saúde, conferindo ao usuário o exercício de seus direitos. Além da aplicação do conhecimento técnico, enquanto presente no espaço delimitado institucional, sentimos a necessidade de o técnico de nível médio ousar ir adiante e estender sua participação no seio da comunidade considerando outros valores tais como o ser e o agir. São corpos comuns (técnicos e pessoas da comunidade) e por assim ser, facilmente poderão construir uma identificação que é salutar e satisfatória às necessidades dos usuários.

Diante do exposto o profissional técnico, quando na sua prática de trabalho, poderá então se tornar um fator contributivo para que se efetive o alcance do usuário do direito de atenção à saúde, se ele não tiver como única verdade que *ser bom* é apenas estar tecnicamente correto, sendo pertinente que ele possa sair da clausura da tecnologia dura, nua e crua em que as suas habilidades técnicas lhe consomem o dia a dia e oferecer àquele uma resposta coerente abrangendo o acolhimento que dê voz ao usuário e a informação bem fundamentada. Entendemos partir daí o rompimento da assimetria nas relações assistenciais que permeiam a prática assistencial em saúde – considerando que esse trabalho é realizado com outro sujeito – e assim propiciar o diálogo, pois do contrário há imposição do sistema em que, nas palavras de Leopardi et al (1999),

[...] as necessidades atendidas não são as dos sujeitos envolvidos... mas preferencialmente a daquele que está no lado de dentro dos Serviços de

² Tecnologia leve: processo de produção da comunicação, de encontro de subjetividades das relações, de vínculos, autonomização e acolhimento que acontecem por ocasião das ações de saúde.

³ Tecnologia dura: entendida como sendo o material concreto que envolve máquinas e equipamentos, mobiliários ou materiais de consumo, além de normas e estruturas organizacionais.

Saúde..., estando excluídos , na maioria das vezes, os sujeitos que demandam aí. (LEOPARDI et al, 1999).

2.5 O Trabalho em Saúde: o que a formação tem a ver com isso?

O cuidar em saúde requer intercambialidade de ações e atores, cujo resultado almejado ao final do processo é a promoção e/ou a recuperação do indivíduo de forma a possibilitar-lhe a continuidade com saúde em seu convívio social;

[...] O trabalho em saúde se insere na racionalidade de determinada sociedade, tem suas funções postas pelas necessidades sociais, tanto no que se refere à finalidade clínica, tomando a doença em sua dimensão individual enquanto manifestação de alterações morfofuncionais no corpo biológico, quanto no que se designa a finalidade epidemiológica que toma as doenças em sua dimensão coletiva. (LEOPARDI et al, 1999, p. 61).

Esse cuidar, objeto de trabalho também dos profissionais de saúde, assume significados, de forma que o trabalho em saúde se reveste de uma essencialidade imprescindível à vida humana e é parte do setor de serviços, embora não resulte numa produção material, visto que se completa no ato de sua realização; assim o produto resultante é “[...] indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade” (LEOPARDI et al, 1999, p. 29).

Nesse contexto, considerando que o trabalho em saúde vai além do ato assistencial, não podemos esquecer que outros atores envolvidos, direta e indiretamente, são também responsáveis pela concretização da educação, posto que todo ato de cuidar possui um potencial educativo, e então reconhecimento o se chegar a promoção/recuperação do indivíduo. A natureza específica do trabalho em saúde e “incertezas decorrentes da indeterminação de demandas pela descontinuidade e pela disponibilidade para atender a todos os casos [...] o impedem de seguir uma lógica rígida [...] sendo difícil sua normalização técnica e avaliação de sua produtividade” (AMÂNCIO FILHO, 2004).

A lógica do processo da atenção à saúde, que remete a compreensão de se ter um trabalho muito próximo entre pessoas, pautado por relações de várias naturezas, leva a existência do dilema que é natural àqueles que se inserem nessa experiência onde obrigatoriedade se estabelece a necessidade da superação de

esquemas interpretativos formais e funcionalistas, como bem ilustrado por Minayo (2006, p. 211),

[...] a antropologia ensinaria [...] aos profissionais de saúde que, metodologicamente, precisamos ouvir primeiro, como nosso interlocutor *define sua situação*. Em segundo lugar, qual é sua *experiência biográfica*, lembrando que uma pessoa sempre está situada biograficamente no mundo da vida e é nesse contexto que pensa, sente e age. Em terceiro lugar, qual é o seu *estoque de conhecimento*, ou seja, qual é sua sedimentação de experiências e situações vivenciadas, a partir da qual ele interpreta o mundo e pauta sua ação. Em quarto lugar a que o interlocutor dá *relevância* em sua fala, pois sua *estrutura de relevâncias* se relaciona à bagagem de conhecimentos e à sua situação biográfica.

Nessa direção, Freire (1996, p. 41) já apontava quando referia à questão da assunção de si como “ser social e histórico, [...] pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos, capaz de ter raiva porque capaz de amar”.

Dentro desse contexto, propor assistência à saúde implica em decidir por ações que guardem coerência com as peculiaridades inerentes a cada população, sob pena de se cair num ciclo vicioso de atenção descompassada da necessidade reclamada pelos usuários. Esta sintonia abrange as significações culturais mostrando que a linguagem da doença não é apenas sobre o adoecer e o morrer do corpo, mas linguagem dirigida à sociedade e às relações sociais de forma históricas (MINAYO, 2007). Esse corpo, na condição de doente, deixa de pertencer ao indivíduo e se torna posse do serviço, que dessa forma revigora a posição de mando a que o Estado perpetua. Por esse expediente, Wendhausen (2002), reforça que

[...] a sujeição ao controle a que os indivíduos se submetem, no caso da saúde, foi parte de uma série de dispositivos utilizados por diversas instituições, dentre elas o Estado Moderno, para consolidar seu poder sobre os indivíduos; [...] hoje, parece-nos evidente que só o médico e a medicina podem resolver os problemas de saúde de sua clientela que em última instância, o domínio sobre o corpo não pode ser do ‘cliente’. [...] Em outras palavras, convivemos com uma medicalização crescente dos indivíduos e das instituições.

Considerando essa situação, não é difícil a instalação do sentimento de medo no usuário que ao se deparar com essa condição, opta em buscar assistência, a partir do caminho situado à margem do institucional, lançando mão das redes de relações pessoais, que é um mecanismo favorável a questão da não cidadania. Entende Santos (2000), que a afinidade pessoal leva à condição de não-cidadania e que a prática do mecanismo mencionado pautado no favor, jeitinho ou vínculo

estreito de uma relação de amizade ou parentesco, deve ser exterminado como prática resolutive do seu problema, pois em assim sendo a atenção à saúde pode se consolidar como uma política que inclui a todos, permitindo o caminhar rumo à defesa da cidadania.

Diante da relação trabalho-educação a formação de pessoas configura-se como processo contraditório e marcado pelos valores capitalistas que, segundo Pereira e Ramos (2006), formam categorias apropriadas para defini-la socialmente, dentre as quais se encontra a Educação Profissional.

Com a redemocratização, em 1985, diante do movimento sanitário, se fazia necessária uma reorientação do percurso da formação de pessoal com ações resolutivas, críticas, reflexivas humanistas e voltadas para os interesses de um sistema cidadão, justo, equânime, para que se equacionasse a imensa problemática dos “recursos humanos na saúde”. Ao profissional técnico, cuja formação acopla os privilégios da formação de um indivíduo crítico, reflexivo, mediador de conflitos e propositor de soluções, é atribuído a missão de ir além do fazer e apresentar a resolubilidade a que a dinâmica do processo define

o saber fazer, pensar e ser enfatiza o aprender a aprender. Dessa forma, o principal papel da escola profissional é ensinar o estudante a refletir, a analisar, a propor novas alternativas e soluções para os problemas, conciliando com os interesses da sociedade. Assim, o aluno dos cursos de educação profissional na área de saúde deve estar apto para identificar a natureza dos problemas referentes ao processo saúde-doença e para propor soluções que visem resolver, atenuar e melhorar esses problemas. (TATAKIHARA et al, 2003).

Ainda como reflexo da 8ª Conferência Nacional de Saúde, vieram as Conferências Nacionais de Recursos Humanos de Saúde (CNRHS), cujo cunho da 1ª CNRHS reportava sobre a não atenção do setor educacional às necessidades da profissionalização do setor saúde uma vez que a oferta de vagas e a proposta curricular eram inadequadas. Naquela época como até hoje, cabia então ao Ministério da Educação normatizar currículos mínimos profissionalizantes, nem sempre considerando o processo do trabalho em saúde. (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Estabelecendo-se um paralelo entre a formação e os profissionais de saúde no momento em questão com o filme *O Feitiço de Áquila* (1985), considerando o enredo de seus primeiros capítulos onde o casal de personagens principais, apesar de estarem juntos, também se encontravam separados uma vez que um assumia a forma humana concomitantemente ao outro que se apresentava na forma animal,

impossibilitando-os de viver uma relação coerente; por analogia, as práticas defendida pela proposta do SUS e as práticas efetivadas, fruto da formação tradicional, fragmentada, apontaram para a necessidade de tomadas de decisões que viessem ao encontro de soluções para o descompasso entre a formação e o processo de trabalho em saúde, este ainda contemplando a dimensão puramente *anátomo-clínica* do indivíduo, que nas palavras de Pereira e Ramos (2006), motivou a Constituição Federal de 1988 a delegar a responsabilidade da formação desses trabalhadores ao Sistema Único de Saúde.

Na contra mão do processo, a reorientação do modelo de atenção à saúde se inseria, mas os seus trabalhadores contavam ainda com uma formação tradicional, fragmentada, descompassada com a proposta do Sistema Único de Saúde, uma vez que o SUS foi mais rápido do que a reforma do ensino (CAMPOS; MACHADO; PIERANTONI, 2006).

A preocupação com a formação dos profissionais de saúde está bem explícita no momento da 9ª Conferência Nacional de Saúde que associou a necessidade da revisão dos currículos com coerência às realidades sociais, étnico-culturais e ao quadro epidemiológico, propondo uma formação geral com visão integral e comprometimento social, de forma a se resolver as deformações no processo de trabalho onde tinha que se romper com as práticas de treinamento fundamentadas no conhecimento fragmentado e distorcido de informações e fatos.

Assim, como tentativa de enfrentar os grandes desafios inerentes às mudanças necessárias estabelecidas entre a formação e o processo de trabalho, veio a criação das de escolas de formação de trabalhadores de saúde nas instituições de saúde, inserindo os currículos compatíveis ao modelo sócio epidemiológico do Brasil. Nesse contexto deve-se referenciar como marco histórico nesse processo o Projeto de Formação em Larga Escala, necessitando para sua execução a implantação de um centro formador em cada unidade da federação, reconhecido pelo sistema de ensino, que viriam a ser as ETSUS (Escolas Técnicas de Saúde do SUS) (PEREIRA; RAMOS, 2006).

A partir da década de 80, as Escolas Técnicas de saúde do SUS foram criadas com a finalidade de profissionalizar os trabalhadores empregados nos serviços de saúde que não possuíam a qualificação necessária para a execução das funções que desempenhavam; promover a Educação Profissional através da oferta

de cursos de habilitação e qualificação profissional para os trabalhadores do SUS, era a missão da maioria das ETSUS. Em 1999, eram 26 instituições, porém neste contexto, a região norte representava um grande vazio de forma que para profissionalizar e certificar os trabalhadores dessa região realizou-se cursos para auxiliares e técnicos por meio da Escola de Enfermagem da extinta Fundação de Serviços de Saúde Pública do Ministério da Saúde – Fundação SESP (CAMPOS; MACHADO; PIERANTONI, 2006).

Composta por 37 ETSUS tem-se atualmente a RET-SUS (Rede de escolas Técnicas do SUS) criada pelo Ministério da Saúde com o papel de articulador entre as ETSUS e fortalecedor da educação profissional em saúde (PEREIRA; RAMOS, 2006).

A partir da aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996) e seus respectivos instrumentos legais complementares, uma nova modalidade no campo educacional se instituiu no Brasil. Em referência à Educação Profissional, a referida Lei é considerada um marco na sua forma de tratamento, pela forma global com que o tema é tratado, e pela flexibilidade permitida ao sistema e aos alunos.

Também conhecida como Lei Darcy Ribeiro, a Lei nº 9.394/96, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996) atendendo às políticas deliberadas pelo Executivo Nacional, normatiza e institui a descentralização do sistema educacional brasileiro, conferindo autonomia aos Estados, Municípios e Distrito Federal.

Em seu Capítulo III do Título V – Dos níveis e das modalidades de educação e ensino, o qual é totalmente dedicado à educação profissional, a Lei Darcy Ribeiro trata a mesma como parte do sistema educacional cujos objetivos incorporam a formação de técnicos de nível médio, a qualificação, a requalificação, a reprofissionalização de trabalhadores de qualquer nível de escolaridade, a atualização tecnológica permanente e a habilitação nos níveis médio e superior. Faz referência ao conceito de *aprendizagem permanente* (Art. 39). A educação profissional deve levar ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva, além de destacar a relação entre educação escolar e processos formativos, ao fazer referência à integração entre a educação profissional e as *diferentes formas de educação*, o trabalho, a ciência e a tecnologia. Promove o reconhecimento e a certificação das competências adquiridas fora do ambiente

escolar, permitindo a certificação de profissionais sem a necessidade de educação formal nos cursos.

O Decreto nº 2.208/97, de 17 de abril de 1997 (BRASIL, 1997), que regulamenta a Lei nº 9.294/96 trata da organização curricular e define a Educação Profissional como um ponto de articulação entre a escola e o mundo do trabalho, contemplando jovens e adultos, nos níveis básico, técnico e tecnológico, devidamente enquadrados.

O Decreto nº 5.154/2004, de 23 de julho de 2004 (BRASIL, 2004), que regulamenta o § 2º do Art. 36 e os Arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394/96 e revoga em seu Art. 9º o Decreto 2.208/97. Considera-se um decreto que introduz flexibilidade à educação profissional em uma determinada área, possibilitando o aproveitamento contínuo e articulado dos estudos além de estabelecer a articulação integrada do nível médio com o nível técnico de educação (quando o curso de nível médio é oferecido ao mesmo tempo em que a formação técnica e o aluno têm matrícula única); concomitante (quando os cursos são dados separadamente, até em instituições diferentes) e subsequente (quando a formação técnica é oferecida a quem já concluiu o ensino médio).

Este Decreto introduz a terminalidade em *etapas*, dizendo em seu Art. 6º que os cursos e programas de educação profissional técnica de nível médio e os cursos de educação profissional tecnológica de graduação, quando estruturados e organizados em etapas com terminalidade, incluirão saídas intermediárias, que possibilitarão a obtenção de certificados de qualificação para o trabalho após sua conclusão com aproveitamento. De acordo com § 1º, para fins do disposto no *caput*, considera-se etapa com terminalidade, a conclusão intermediária de cursos de educação profissional técnica de nível médio ou de cursos de educação profissional tecnológica de graduação que caracterize uma qualificação para o trabalho, claramente definida e com identidade própria. Em seu § 2º, reporta que as etapas com terminalidade deverão estar articuladas entre si, compondo os itinerários formativos e os respectivos perfis profissionais de conclusão.

A Resolução CEB nº 04/99 (BRASIL, 1999) institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, e cita em seu Art. 1º, Parágrafo único: “A educação profissional, integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia, objetiva garantir ao cidadão o direito

ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva e social”. E defende a organização da educação profissional em áreas profissionais, devidamente caracterizado, com as competências profissionais gerais e cargas horárias mínimas definidas em cada habilitação, entendendo por “competência profissional a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho”.

Em referência a área profissional da saúde, esta Resolução estabelece a sua caracterização de forma a compreender

as ações integradas de proteção e prevenção, educação, recuperação e reabilitação, referentes às necessidades individuais e coletivas, visando à promoção da saúde, com base em modelo que ultrapasse a ênfase na assistência médico-hospitalar [...] e abrangem todas as dimensões do ser humano.

No âmbito do Estado do norte do país onde se passou a pesquisa, o Conselho Estadual de Educação (CEE), naturalmente em consonância com as diretrizes da educação nacional, publicou a Resolução nº 379/2008 que congrega em seu âmago o estabelecimento de fluxos e mecanismos de oferta de ensino, pertinentes à Educacional Profissional (ACRE, 2009).

3 METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

[...] Pesquisar constitui uma atitude e uma prática teórica de constante busca e, por isso, tem a característica do acabado provisório e do inacabado permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação. (MINAYO, 2007).

3.1 Tipo e Referencial de Estudo

A harmonização e a integração balanceada entre teoria, métodos e técnicas definem a metodologia da pesquisa que, segundo Minayo (2007), considerando a criatividade do pesquisador, chega a diferença dos resultados das investigações, pois todo o processo de construção teórica é, ao mesmo tempo, uma dialética de subjetivação e de objetivação.

A metodologia adotada nesse estudo perpassou pela consulta de documentos relacionados à formação técnica em saúde, em momento anterior à realização de oficinas de trabalho na modalidade de grupo focal, proporcionando uma análise de cunho qualitativo, uma vez que concordamos ser importante a compreensão da lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a: (a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais. A abordagem feita considerou a crença, as relações cultural e de poder, que se constrói de várias formas no cotidiano (MINAYO, 2007).

Por essa ótica, defendem Bauer e Gaskell (2004) que a pesquisa qualitativa lida com interpretações das realidades sociais.

O grupo focal engloba um tipo de entrevista ou conversa elaborada em pequenos grupos homogêneos, de forma a se obter informações dos partícipes de forma integrada compondo o consenso ou não, e nesse caso as divergências devem estar bem esclarecidas. Minayo (2007, p. 269) citando Krueger (1988) confere que a tônica dessa técnica situa-se na capacidade humana de formar opiniões e atitudes num processo de interação com o outro. As idéias devem surgir e ser emitidas pelos

participantes de forma espontânea. Não se busca necessariamente um consenso e, sim, um confronto de opiniões, de forma a se obter resultados ricos numa razão diretamente proporcional à presença de sinergismo entre os participantes (DUARTE, 2007). Para garantir tal sinergia, alguns pontos são importantes: o grupo formado deverá ser orientado por um moderador ou facilitador, geralmente o pesquisador pois o mesmo conhece bem o objetivo da pesquisa, cuja função é a consecução da participação e dos pontos de vista de todos, adotando um roteiro por ele elaborado. Ainda sob sua responsabilidade está a condução da discussão, a análise e o relato dos resultados (DIAS, 2000, p. 146).

Deve-se garantir um ambiente tranqüilo, que desestimule o desvio da atenção assim como um tempo de discussão que se situe entre uma a duas horas. Se o tempo de discussão ultrapassar às duas horas, os participantes tenderão a se desgastar e se desinteressar tanto de emitir opiniões quanto de ouvir os pontos de vista dos demais. Deve-se evitar que a discussão enverede por um caminho desarticulado com o foco da pesquisa, daí a necessidade da elaboração de um roteiro ou guia. Pelo menos duas condições imprescindíveis devem estar presentes no guia supracitado: ser provocador de modo a promover um debate entusiasmado e participativo e permitir um aprofundamento conforme a pretensão da pesquisa (MINAYO, 2007).

Os participantes foram convidados, de acordo com os critérios gerais representados pela formação em ETSUS e pela atuação no sistema SUS, sendo a partir daí considerados os recortes quanto à modalidade do curso, atuação correspondente à área cursada e período da formação, que precedeu a variedade de representações para um estudo de grupo focal sobre o tema direito à saúde, cuja tendência aportou na maximização da variedade do fenômeno desconhecido, no caso presente a concepção do direito à saúde.

Partindo-se do pressuposto de que o mundo social não é um dado natural, sem problemas, que é construído ativamente por pessoas em suas vidas cotidianas, sob condições que não foram estabelecidas por elas, teremos a realidade essencial das pessoas, seu mundo vivencial. A entrevista qualitativa fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos.

É essencial na entrevista qualitativa a compreensão dos mundos da vida dos entrevistados e de grupos sociais especificados, a qual poderá contribuir para um número de diferentes empenhos na pesquisa. Poderá ser um fim em si mesma assim como pode também ser empregada como uma base para construir um referencial para pesquisas futuras e fornecer dados para testar expectativas e hipóteses desenvolvidas fora de uma perspectiva teórica específica. A pesquisa qualitativa pode desempenhar um papel vital na combinação com outros métodos.

A finalidade da pesquisa qualitativa não se conforma em contar opiniões das pessoas, mas explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre a concepção do direito à saúde.

3.2 Coleta de Dados

3.2.1 Consulta aos documentos

Configura-se neste momento a aplicação dos instrumentos, técnicas e processos os quais formataram o passo a passo estrutural da pesquisa em tese.

A ação inicial desse processo se efetivou a partir da consulta à documentação diretamente relacionada à formação dos sujeitos da pesquisa, os quais, em momento ulterior, participaram dos grupos focais (descritos oportunamente mais adiante).

Considerados parte do processo desta pesquisa, os documentos que mantêm de alguma forma uma estreita relação com os partícipes desta pesquisa foram acessados com a intencionalidade de identificar se condição do direito à saúde permeava a formação proposta pela ETSUS do norte do Brasil (com recorte aos planos dos cursos Técnico em Análises Clínicas - TAC, Técnico em Enfermagem – TEC e Técnico em Higiene Dental - THD), na busca por bases científicas ou termos que referissem à reforma sanitária, à 8ª Conferência, ao SUS e legislação da educação e da saúde; de forma complementar, tentou-se visualizar se as atividades didáticas processadas nas aulas, a partir dos planos de aulas, relativas à concepção do Direito à Saúde, estavam contempladas dentro das bases científicas

ministradas aos trabalhadores que constituem o quadro discente da mesma; a leitura dos documentos em questão também se direcionou com o propósito de encontrar suporte legal para sugestão da inserção, se for o caso, de referenciais pertinentes ao direito à saúde.

A importância do documento se materializa, a nosso ver, muito bem nas palavras de Le Goff (1984) quando refere que o mesmo é resultado de uma montagem, consciente ou inconsciente, da história, da época, da sociedade que o produziu e também das épocas sucessivas durante as quais continuou a existir.

Além da consulta aos documentos pertinentes à ETSUS situado ao norte do país, também serviram de referencial bibliográfico, a legislação da educação profissional vigente nos âmbitos federal e estadual, respectivamente Lei nº 9.394/96; Resolução CNE/CEB nº 04/99 e Resolução CEE nº 379/2008.

Em que pese o acesso aos documentos aqui discutidos, trabalhou-se também as leituras no âmbito da ETSUS em questão:

- a) Projeto Político Pedagógico (PPP);
- b) Planos dos Cursos dos Técnicos em:
 - Análises Clínicas - TAC;
 - Enfermagem - TEC;
 - Higiene Dental - THD;

a) Projeto Político Pedagógico – PPP e a Legislação

A pesquisa ao documento Projeto Político Pedagógico (PPP) da ETSUS – cenário da pesquisa, permitiu visualizar o percurso norteador da formação técnica profissional na saúde, recorte importante no âmbito deste trabalho.

O PPP/ETSUS representa o referencial orientador dos trabalhos pedagógicos da escola que, numa linguagem bem acessível, pode ser simbolizado como sendo a carteira de identidade da escola.

Legalmente, sua construção é orientada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - (LDB 9.394/96) no âmbito federal, em seus Arts. 12 e 13 e reforçada pelo Conselho Estadual de Educação através da Resolução CEE nº 379/2008 (Art. 40, inciso II), respeitando-se, em ambos os casos, o princípio de autonomia da escola.

No âmbito institucional sua construção é orientada pela Proposta Pedagógica da Rede de Centros de Educação Profissional á qual está vinculada a ETSUS.

Esse projeto, sendo o documento norteador das ações pedagógicas a serem adotadas pela ETSUS, tem sua construção com a participação de um coletivo que abrange a comunidade interna e externa da ETSUS.

Enquanto comunidade interna, sua constituição deve contemplar o segmento representativo dos educandos, dos mediadores e dos servidores em geral da instituição. Já a comunidade externa é representada pelos pais de educandos, parceiros e outros atores sociais.

É imprescindível, à luz da LDB em discussão, a presença dos mediadores da aprendizagem, o que nos remete a entender ser pelo fato de que são estes que conduzem, de forma mais estreita e contextualizada, o processo da formação.

A partir de sua conclusão, o PPP deve cumprir a fase de legitimização conquistada partir do coletivo responsável pela sua construção.

Sua relevância está, dentre outras coisas, em representar a expressão dos ideários do coletivo da escola (comunidade interna e externa, além de constituir-se, em um dos requisitos necessários à autorização de funcionamento e credenciamento de uma escola.

A partir do PPP, têm-se as construções dos planos dos cursos das escolas e a ETSUS em questão, que aborda a formação técnica em saúde, integra uma rede de Centros de Educação Profissional no Estado onde existem mais três escolas que desempenham ações voltadas para o meio ambiente, gestão e serviços e promoção da integração dos saberes tradicionais dos povos da floresta aos saberes científicos, respectivamente.

Assim como as três escolas há pouco reportadas, a ETSUS é membro de uma rede de escolas de formação técnica no norte do Brasil, vinculada a um órgão central, que dentre outras ações, define uma proposta pedagógica que subsidia, considerando a autonomia de cada escola, a construção dos seus PPP que, por sua vez, embasa os planos de cursos a serem desenvolvidos por meio dos planos de aula que são trabalhados no decorrer da formação pertinente.

b) Planos de Cursos - TAC, TEC e THD

A pesquisa aos planos de cursos foi realizada, em momento seqüencial à consulta ao PPP.

Os planos consultados foram os referentes à formação de Técnico em Análises Clínicas - TAC, Técnico em Enfermagem - TEC e Técnico em Higiene Dental -THD. Em relação ao último, no tocante à nomenclatura, atualmente passou a ser denominado Técnico em Saúde Bucal - TSB, conforme à Lei nº 11.889, da Presidência da República, de 24 de dezembro de 2008, e o novo catálogo Nacional de Cursos Técnicos/SETEC, Governo Federal (acesso <http://portal.mec.gov.br/catalogonct>). Por uma questão de coerência com os sujeitos da pesquisa na área da saúde bucal, cuja titulação já auferida a eles refere à nomenclatura de Técnico em Higiene Dental, adotamos nesta pesquisa a sigla correspondente: THD.

Os planos consultados na ETSUS seguem uma linha coerente com o que propõe o seu PPP, o que não garante que o princípio do direito à saúde esteja efetivamente contemplado, discussão a se feita oportunamente por ocasião da discussão dos resultados.

Em momento seqüencial, foi sistematizada a realização dos grupos focais, os quais serão descritos a seguir.

3.3 Realização dos Grupos Focais

3.3.1 Amostra

Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram selecionados pela própria pesquisadora respeitando, como critérios de inclusão, a condição de egressos da ETSUS do norte do Brasil, dos cursos de interesse (Técnico em Análise Clínicas - TAC, Técnico em Enfermagem - TEC e Técnico em Higiene Dentária - THD), a conclusão de curso no período compreendido entre 2005 a 2007 e a atuação nos serviços públicos de saúde – SUS.

A escolha de cada participante se deu de forma aleatória, dentre os cento e trinta e dois potenciais sujeitos da pesquisa, que compunham as listas de egressos

(três listas TEC, uma lista TAC e uma lista THD, no total de 84, 28 e 20 egressos respectivamente) fornecidas pela ETSUS referida, especificadas por curso.

O percurso rumo à identificação dos participantes foi realizado através de um protocolo que se estabeleceu, conforme a seguir:

- a) consulta às fichas cadastrais referentes aos concludentes escolhidos, a partir das listas de egressos, no arquivo da ETSUS em questão;
- b) contato telefônico inicial pessoal, informando sobre os objetivos, o método e as condições éticas da pesquisa; também foi perguntando sobre o interesse do egresso em participar do estudo e se o mesmo estava atuando dentro da rede SUS; nesta etapa foram necessários alguns contatos paralelos com instituições diferentes das informadas nas fichas dos egressos, uma vez que os dados referentes a endereço, contato telefônico e local de trabalho informados no cadastro existente na ETSUS estavam desatualizados; esta situação foi observada em 40% dos participantes escolhidos;
- c) envio de ofícios solicitando liberação do servidor, quando havia necessidade;
- d) conversa pessoal direta com alguns chefes dos funcionários convidados para o estudo; os chefes em questão disseram não ser necessário envio de ofício, e que apenas a conversa e o convite seriam suficientes;
- e) entrega pessoal dos convites, os quais foram confeccionados pela pesquisadora em papel pêsco, tamanho A4, na cor verde e letras pretas (Figura 7);
- f) Contato telefônico final com os convidados, uma semana antes do evento, para lembrar e confirmar as presenças, o que fora cumprido com êxito.



Figura 2: Coordenação da pesquisadora



Figura 3: Técnicos ETSUS - análises clínicas e higiene dental



Figura 4: Técnicos ETSUS – análises clínicas



Figura 5: Técnicos ETSUS - análises clínicas e enfermagem



Figura 6: Técnicos ETSUS - análises clínicas e higiene dental



Figura 7: Convite encaminhado aos participantes da pesquisa

A amostra trabalhada (Figuras 2 à 6) foi composta pelos técnicos formados por uma ETSUS do norte do país, nas áreas de análises clínicas, enfermagem e higiene dental que atuam no SUS, a partir dos serviços públicos de saúde na capital e regiões adjacentes, em funções diretamente relacionadas à formação proposta pelos respectivos cursos.

Para termos um quantitativo representativo nos grupos focais das três áreas de formação eleitas para este estudo, e atender à orientação da literatura quanto à formatação de grupos pequenos, optamos por identificar 04 (quatro) técnicos participantes, o que fez um total de 12 (doze) pessoas, que ao serem alocadas nos dois grupos focais, resultaria numa composição de 06 (seis) integrantes, conforme encaminha a literatura para esse tipo de grupamento. O cuidado quanto a chamar um excedente de 03 (três) técnicos (sendo, por opção nossa um de cada

área referida), para compor a reserva técnica, fora garantir a realização dos grupos focais, mesmo frente a alguma desistência, de modo a atender ao recomendado na literatura quanto ao total de participantes por grupo focal.

Os técnicos assim identificados foram denominados, neste estudo, de *Técnicos Participantes da Pesquisa*. O percurso atendido pelos grupos focais compreendeu 04 (quatro) momentos - M1, M2, M3 e M4, sendo os momentos de M1 a M3 identificados como prévios aos grupos focais, contudo necessários à materialização dos grupos focais, o momento 4 (M4) propriamente dito, conforme descritos a seguir:

Momento um (M1) - junto à ETSUS, foi feito o levantamento dos profissionais técnicos formados nas áreas supracitadas, cuja formação ofertada fora circunscrita à capital, até o ano de 2007. Este levantamento oportunizou a localização desses profissionais (local de trabalho e/ou endereço residencial); a partir definiu-se aleatoriamente um público ativo de 04 (quatro) técnicos em análises clínicas (TAC), 04 (quatro) técnicos em enfermagem (TEC) e 04 (quatro) técnicos em higiene bucal (TSB), adicionando--se um quantitativo de 03 (três) participantes, um por área, de forma a garantir uma reserva técnica, perfazendo um total de 15 profissionais;

- a) **Momento dois (M2)** – o convite aos técnicos-participantes assim identificados foi feito via telefone, para participar do estudo sendo eles esclarecidos sobre os objetivos (Apêndice C), o método e as condições éticas envolvidas;
- b) **Momento três (M3)** – foi solicitado, formalmente quando foi o caso, à instituição a qual o servidor é vinculado, sua liberação conforme dia e hora estabelecidos no convite e/ou ofício. Essa formalidade se efetivou em documento, conforme o modelo intitulado Liberação dos Técnicos - Participantes da Pesquisa. (Apêndice F);
- c) **Momento quatro (M4)** – dois grupos foram intencionalmente mesclados, conduzidos e caracterizados conforme indicado a seguir:

Para este estudo, os 15 participantes (já incluída a reserva técnica) foram divididos em dois grupos, pretendendo-se assegurar que cada grupo comportasse um número de informantes em torno de 6 a 12, conforme recomenda Minayo (2007). Do total sugerido, somente 09 dos convidados (Gráfico 1) compareceram. A idade média dos mesmos girou em torno 40+/- 7 anos, sendo a religião evangélica (55%)

ligeiramente predominante sobre a católica (45%); dentre os partícipes; 89% mantinha alguma atividade comunitária e 100% continuavam atuando no Sistema Único de Saúde – SUS. Os dados acima reportados foram obtidos a partir da aplicação do questionário sócio-informativo, aplicado aos participantes (Apêndice A).

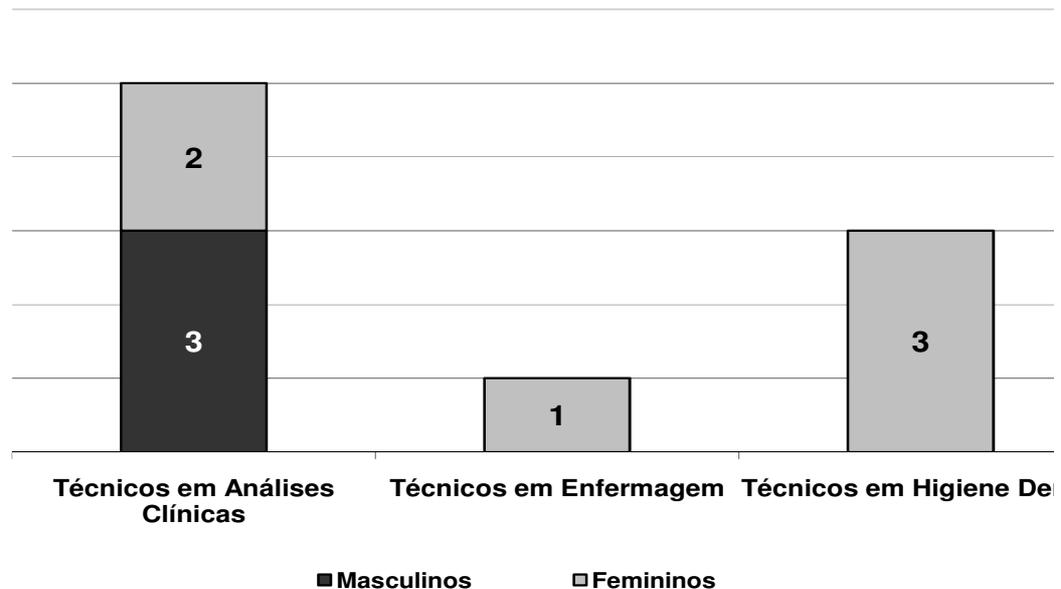


Gráfico 1: Quantificação dos sujeitos da pesquisa

Em consideração ao índice de ausências (40%) possa, talvez, ter tido alguma relação com a característica experimentada pelo serviço no dia previsto, uma vez que se planejou a realização dos grupos focais em horário de expediente, apesar do cuidado com os trâmites para garantir as presenças terem sido observados, a saber:

- a) conversa pessoal com os chefes dos funcionários convidados;
- b) envio de ofício de liberação do serviço a alguns dos responsáveis diretos pelos convidados, uma vez que a maioria desses responsáveis declarou não ser preciso tal formalidade;
- c) convites (Apêndice D) distribuídos pessoalmente, com 30 dias de antecedência, de forma a propiciar a (re)organização da escala de serviço, no intuito de não haver comprometimento nos encontros e tampouco no serviço;
- d) escolha do local do encontro, cuja afinidade já era estabelecida com os participantes;

- e) reforço telefônico, pela pesquisadora, na semana em que efetivar-se-ia os encontros, com o propósito de lembrar o evento. A partir da confirmação materializada, foi elaborado um quadro indicativo, com o status “confirmado”, correspondente aos dias de participação bem como onde poder-se-ia localizar o técnico participante da pesquisa.

3.3.2 Layout dos grupos focais

A técnica de coleta de dados na forma de grupos focais, classificada como qualitativa, se consolida através de entrevistas, cujo objetivo é extrair dados descritivos de subgrupos representativos de uma população. Como assevera Simão (2006) é a partir da interação e da troca de idéias estabelecidas entre os membros do grupo por ocasião das respostas específicas do tema em foco, que depende o sucesso de seu emprego.

Foram 09 (nove), os participantes que compareceram aos grupos focais, sendo 04 (quatro) referente ao primeiro e 05 (cinco) ao segundo, respectivamente. Os dois encontros aconteceram nas dependências da ETSUS no norte do Brasil (Figura 8) em dias diferentes e seqüenciais, respectivamente dias 29 e 30 de abril de 2009, denominados primeiro e segundo grupos focais; os mesmos se desenvolveram em período cuja duração girou em torno de duas horas cada um; foi trabalhado um grupo a cada dia, conforme planejamento traçado (Apêndice G).



Figura 8: Dependências da ETSUS no norte do Brasil

Por se tratar de participantes que tinham em comum a formação prestada pela ETSUS em questão (cuja proposta pedagógica obedece à formação por competências que contempla os saberes: saber, ser e fazer) e também serem parte integrante do SUS, quando de sua atuação em saúde, conseguiu-se desta forma homogeneidade dos grupos.

O percurso aqui detalhado se refere aos dois grupos focais realizados, embora as etapas tenham sido exatamente repetidas em cada dia.

Às 15h00min foram dadas as boas-vindas aos presentes e esclarecido que o desenvolvimento desta pesquisa estava amparada pela Resolução nº 196/96 que orienta a Pesquisa com Seres Humanos, além de ter sua autorização efetivada sob o parecer de aprovação nº 39/09 de 20 de fevereiro de 2009, pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UNIVALI.

Foram elogiadas as premissas da assiduidade e pontualidade dos que compareceram ao encontro e, em conjunto com a pesquisadora, estabelecidos critérios cujo objetivo era o de conduzir os trabalhos dentro de um tempo razoável e de forma a não se tornar cansativo; os critérios eleitos foram escritos a pincel em tarjetas de cartolina com cores variadas, as quais foram montadas sobre um cartaz conformando um consolidado (Figura 9), que permaneceu exposto, durante todo o processo assim descrito:

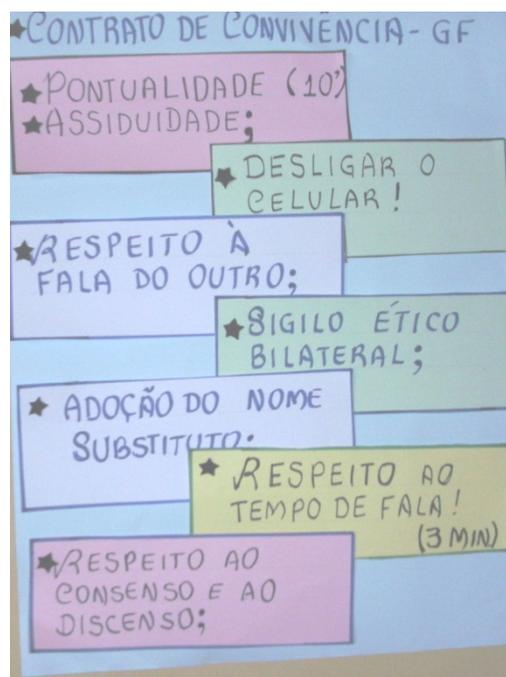


Figura 9: Critérios expostos durante todo o processo para condução dos trabalhos

- a) Estabelecimento do *setting*, como sendo o conhecimento e o ajuste do cenário às especificidades inerentes àquele grupo. Foi nesse ambiente e com os acordos estabelecidos, que os trabalhos transcorreram com a tranquilidade e o respeito esperados;
- b) Pactuação da assiduidade e pontualidade (inicialmente acordada em 10 minutos, porém por ter se iniciado uma forte chuva no primeiro dia, optou-se por adiar por 30 minutos o horário de início do evento, disponibilizando a mesma tolerância para o dia seguinte);
- c) Concessão do tempo de tolerância para início dos trabalhos a partir das 15h30min, quando então se afixou uma tarjeta na porta pelo lado externo informando do início dos trabalhos e solicitando a não interrupção;
- d) Desligamento dos celulares de modo a manter toda concentração na realização do grupo focal;
- e) Respeito ao sigilo uni e bilateral (respectivamente, da pesquisadora para com cada participante; dos participantes entre si e a pesquisadora) por ser um dos critérios de autorização para a realização da pesquisa. Em atenção à manutenção do sigilo das falas por ocasião das transcrições das gravações, cada participante pode receber de forma aleatória, um nome adoção (no caso, o nome de nove municípios do norte do Brasil – Quadro 1), de modo que os nomes verdadeiros foram assim substituídos, por ocasião das transcrições dos dados;

Nome de Adoção dos Sujeitos	Assis Brasil
	Cruzeiro do Sul
	Feijó
	Jordão
	Mâncio Lima
	Porto Walter
	Plácido de Castro
	Santa Rosa dos Purus
	Sena Madureira

Quadro 1: Nome adoção dos sujeitos da pesquisa (municípios do norte do Brasil)
 Fonte: Elaboração própria.

- a) Respeito ao tempo de fala de cada um, que se estabeleceu em 3 minutos, com permissão de complementação da fala, após todos terem se manifestados em relação ao assunto pertinente na rodada;
- b) Respeito ao dissenso/consenso, ou seja, na defesa de um ponto de vista de um participante grupo, houve concordância de outros participantes (o que se repetiu nos dois encontros), momento este de consenso; da mesma forma, a discordância entre os pontos de vista ocorreu em ambos os grupos, onde se respeitou o dissenso. É a permissividade da flexibilidade que pauta a técnica de Grupo Focal;
- c) Apresentação e esclarecimentos pertinentes à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por ser outra exigência legal e eticamente constituída para se realizar uma pesquisa; neste documento constavam todas as informações relativas à pesquisa onde cada participante confirmou sua participação, sem imposição ou intimidação, de livre e espontânea vontade; e por assim ser cada participante assinou o referido documento conforme esse teor, em duas vias sendo uma das vias devolvida a cada participante e a outra de posse da pesquisadora (Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

3.3.3 Desenvolvimento dos grupos focais

A Metodologia percorrida através dos Grupos Focais, técnica adotada neste estudo, se interessa por entender atitudes, preferências, necessidades e sentimentos e permite avaliações com informações qualitativas, e sua criação foi graças ao sociólogo do século XX, Robert K. Merton (SEVERO; FONSECA; GOMES, 2005).

Morgan (1998 apud BORGES; SANTOS, 2005) refere três fases da história em que a técnica de grupos focais se insere: em primeiro, na década de 20, com a finalidade de pesquisa de opinião pública (tipo IBOPE). Em segundo, entre a segunda Guerra e a década de 70, utilizados para pesquisa no âmbito do marketing

e por último sua larga utilização nas pesquisas em saúde, educação em saúde, principalmente.

No entendimento de Minayo (2007), Severo, Fonseca e Gomes (2005), Iervolino e Pelicioni (2001), Carlini-Cotrim (1996) os dados por esta técnica apreendidos, possuem tamanha riqueza uma vez que se já que se pode capturar expressões e linguagens que não são apreendidas por outras técnicas. Comungam esses autores, com a idéia que a técnica de grupos focais, dentre outras vantagens, possibilita a intensificação das informações pertinentes ao tema de modo a formar um quantitativo de idéias o quanto possível ou mesmo o aprofundamento das mesmas, ao mesmo tempo em que essa técnica se mostra agradável por permitir a livre expressão das opiniões dos participantes também evidencia uma variedade de opiniões sobre o tema focado; é uma técnica que não fornece (geralmente) resultados que possibilitam uma generalização (CONDUCTING FOCUS GROUP, 2009). A riqueza atribuída a esta técnica se acentua ainda mais por se conseguir alcançar os dados diretamente das falas do grupo (LEOPARDI et al, 2001).

Os trabalhos dos grupos focais referentes a esta pesquisa se iniciaram com a participação de uma única pesquisadora, que assumiu a função de coordenadora/moderadora dos grupos, a qual agiu de forma a alcançar a máxima variedade de informes relevantes além de propiciar uma discussão produtiva conforme refere Gondim (2003) citando Morgan (1977). Na função de moderador de um grupo focal, prossegue a autora, seu papel desempenhado se conforma como um “facilitador do processo de discussão no jogo de influências [...] da formação de opiniões sobre um determinado tema. Os entrevistadores de grupo pretendem ouvir a opinião de cada um e comparar suas respostas”.

Os eventos contaram ainda com a participação de duas observadoras a cada dia, além de uma colaboradora como suporte no uso de mídias (MP4, microfone, *notebook* e *data show*), além da distribuição dos questionários (Apêndice I) e Termos de Consentimento Livre e Esclarecimento. Dando seguimento ao processo, a moderadora passou à apresentação de *slides* que traziam informações sobre a equipe elaboradora da pesquisa, a pesquisa em questão e os objetivos geral e específicos, bem como um esboço explicativo sobre a técnica de grupo focal que fora escolhida para a condução da pesquisa.

A continuidade do processo se deu guiado por um roteiro contendo questões iniciais sobre o trabalho do técnico em saúde, seqüenciado por inquisições sobre conceituação de saúde, oferta de serviços de saúde, formação técnica além do quesito matriz da pesquisa, ou seja, o direito à saúde. O roteiro em questão foi constituído por 15 itens cuidadosamente elaborados de modo a contextualizar e permitir a situação dos participantes sem embaraços.

O Roteiro (Apêndice C) para o desenvolvimento dos grupos focais foi baseado nas seguintes questões, variando conforme o encaminhamento das discussões:

01. O que é o trabalho do técnico de análise clínicas, enfermagem, saúde bucal (de vocês) no SUS?
02. Qual o papel do TAC, TSB e TEC junto à população?
03. Qual seu entendimento de saúde? Vocês vão colocar o que entendem sobre saúde.
04. Fora da instituição, na sua comunidade ou família, as pessoas costumam perguntar para vocês sobre questões de saúde? Quais e como você responde a estes questionamentos? (Por que assim: vocês enquanto técnicos lá na instituição cada um nos seus serviços técnicos é uma situação; Mas quando vocês chegam em casa, vão ao supermercado ou a uma reunião, e aí, enquanto comunidade, família ?)
05. Qual seu entendimento de “Direito à Saúde”?
06. Quem tem direito à saúde?
07. Se vocês estão em serviço e chega uma pessoa bem vestida, com a chave do carro no dedo, como vocês vêem esta situação?
08. Quem tem direito aos serviços do SUS ?
09. Quem tem direito a atendimento laboratorial, dentário e de enfermagem dentro do SUS?
10. Quais os atendimentos de saúde que a população tem direito ? Estamos falando de atendimento de laboratório, dentário, de enfermagem. Mas o SUS é somente isso?
11. Podemos visualizar o SUS dentro de supermercados, padarias, por exemplo?
12. Supondo que uma pessoa tem uma indicação de atendimento de laboratório, dentário ou de enfermagem que o SUS não contempla o que você encaminha?

13. Como a formação técnica ofertada pela ETSMMR contribuiu para a sua prática de trabalho de modo a contemplar o “Direito à Saúde” do cidadão?
14. Em que momento, durante o percurso de sua formação na ETSMMR, você conseguiu identificar que o “Direito à Saúde” foi contemplado?
15. Você consegue identificar em sua prática de trabalho a inserção dos princípios da equidade, integralidade e universalidade do SUS?

Em resposta às inquirições feitas, as colocações dos partícipes da pesquisa ficaram muito direcionadas ao olhar técnico, sendo pertinente intervir com provocações que pudessem dar visibilidade a outros aspectos que se faziam latentes nos participantes, abordando além do fazer técnico. Com efeito, entrou em discussão o modelo do “*posso ajudar?*” presente em algumas instituições públicas de saúde (no âmbito estadual), existem profissionais vestindo casacos que estampam nas costas a frase interrogativa anteriormente referida, com a responsabilidade de prestar informações aos usuários que adentram as unidades de saúde; as informações englobam esclarecimentos a respeito de locais de exames, dispensação de medicamentos, setor administrativo, fluxos e horários, por exemplo; os pesquisados reportam essa atuação do *posso ajudar?* como uma estratégia que respeita o direito do cidadão que procura atendimento nas unidades de saúde.

Dentre as manifestações, surgiu fortemente o aspecto da associação entre situação financeira e ter saúde; tentou-se também trazer à baila a discussão da atenção à saúde no que tange aos imigrantes, de modo ser possível clarear a discussão no que se refere a territorialidade. Por essa razão, e como a técnica de grupo focal permite, a pesquisadora inseriu 08 (oito) argüições dentro das questões já estabelecidas no roteiro de trabalho, de certo que as indagações que afloraram (e não foram em todas as questões), foram devidamente situadas nos quesitos de origem, e assim tivemos (Apêndice C):

Questão 1 – inserção 1: Vocês conseguem ver seus trabalhos apenas dentro do laboratório/consultório/instituição de saúde? Vocês deveriam ter outra participação? A lei garante outras possibilidades de participação, ampliando a visão da mesma?

a) Questão 2 – inserção 2: O *posso ajudar* é uma ação que passa por vocês?

Questão 3 - inserção 3: Estar com dívidas ou problemas, implica dizer que, sem eliminar tais situações, estaremos eternamente doentes?

Questão 4 – inserção 4: vocês enquanto técnicos lá na instituição cada um nos seus serviços técnicos é uma situação; mas quando vocês chegam em casa, vão ao supermercado ou numa reunião, e aí, enquanto comunidade, família?

Questão 7 – inserção 5: se um boliviano, argentino ou outro estrangeiro, chegar para ser atendido?

Questão 8 - inserção 6: Se eu fui na casa de uma amiga, lá passei mal, mas eu não moro naquela área, então eu tenho que voltar para onde moro para ser atendida?

- inserção 7: Mas se o cidadão não quis enfrentar a fila do posto, e por opção ele foi ao médico particular e somente na hora do exame ele quis ir ao serviço público; o estado garante, oferece mas ele não quer, por opção; E então?

Questão 13 – inserção 8: Aqui na escola, durante a formação, em quais módulos do curso o direito a saúde foi discutido, por exemplo?

As discussões obedeceram ao espaço de tempo previamente definido, não extrapolando o tempo de duas horas.

O processo em foco contou com a participação de três diferentes colaboradoras na função de observadoras, as quais fizeram os registros das falas, sendo uma no primeiro evento e duas no segundo; contou ainda com um auxiliar, o qual não realizou intervenções nas discussões, e participou no monitoramento e encaminhamentos relativos à movimentação do microfone, MP4 e máquina fotográfica, necessários às gravações de forma que, no cômputo final, se pode contar com os registros informatizados (via notebooks), gravados e fotografados. Essas formas de registro (áudio e vídeo) foram executadas a partir da autorização dos sujeitos envolvidos na pesquisa, com o compromisso da total inutilização das gravações por ocasião da finalização da pesquisa.

Em momentos ulteriores os registros foram transcritos, lançando-se mão dos *nomes adoção* devidamente aplicado aos informantes, como forma de assegurar o anonimato dos mesmos.

3.4 Aspectos Éticos

Os preceitos determinantes na Resolução 196/96, que orienta as pesquisas que envolvem seres humanos, foram integralmente atendidos, contemplando as exigências éticas e científicas fundamentais. Essa resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência e justiça entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Os trâmites percorridos, relativos à ética foram:

- a) inscrição da pesquisa no SISNEP para obtenção do seu cadastro, no programa, e posteriormente, obtida a assinatura do responsável legal da ETSUS autorizando a referida pesquisa;
- b) carta de autorização para realização da pesquisa (Anexo A);
- c) encaminhamento do Projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí, cuja autorização fora efetivada sob o parecer de aprovação nº 39/09 de 20 de fevereiro de 2009 (Anexo C);
- d) seleção dos participantes dos grupos focais através de contato direto como também solicitação, quando foi o caso, às instituições da liberação dos pesquisados para os encontros de grupos focais (Apêndice F);
- e) solicitação formal (através de ofício) da permissão de acesso na ETSUS para os encontros dos grupos focais (Apêndice E);
- f) envio de convites aos pesquisados, formalizando a participação na pesquisa (Apêndice D);
- g) informação aos participantes, por ocasião da realização dos grupos focais sobre o propósito do estudo e solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aos que aceitaram participar. Neste documento consta a descrição dos direitos dos participantes, como: liberdade de recusa de participação a qualquer momento sem repreensão; a garantia do sigilo e anonimato; o manuseio dos dados somente pelos envolvidos; solicitação para divulgação e publicação dos resultados. Este termo foi impresso em duas vias, sendo que uma delas ficou com a pesquisadora responsável e a outra com cada participante (Apêndice B);

- h) devolução dos resultados aos participantes, ficando firmado o compromisso de apresentação do trabalho finalizado aos mesmos, em momento oportuno, mesmo porque essa condição fora firmemente apontada pelos técnicos participantes da pesquisa, durante o percurso dos trabalho;
- i) aceitação da orientação do estudo pela Farmacêutica Prof^a Dra. Silvana Nair Leite Contezini (Apêndice A).

Como etapa final, a ser efetivada, no propomos a encaminhar cópias da dissertação para compor o acervo do Ministério da Saúde, da UNIVALI/SC, do Instituto Dom Moacyr, da ETSUS – cenário da pesquisa, das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, das Secretarias Estadual e Municipal de Educação, dos Conselhos Federal e Estadual de Farmácia e Bioquímica, dos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde, da Universidade Federal do Acre - UFAC, da Fundação Hospital Estadual do Acre - FUNDHACRE, da UNINORTE, da FIRB-FAAO, das Bibliotecas Públicas Estaduais - Central e Floresta.

4 ANÁLISE DOS DADOS

4 ANÁLISE DOS DADOS

Aprender a conhecer e a pensar é trabalhar com o duplo movimento da análise e da síntese. Não parar na análise, mas ir até a síntese. Não ir à síntese, sem antes analisar. A análise dá clareza, profundidade, rigor ao pensamento. A análise situa, relaciona, organiza o pensamento. (LIBÂNIO, 2006, p. 41).

Os dados alcançados na pesquisa foram analisados à luz do aspecto qualitativo, através da análise de conteúdo, a passos trilhados em conformidade com Minayo (2007), reforçados por Bardin (2009). Em busca de uma miscelânea de opiniões, argumentos e pontos de vista, aprofundamento das influências recíprocas, considerando a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos associados aos significados decodificados pelos atores partícipes dos grupos focais (DESLANDES, 2005) é que se descortinou a resultante dessa pesquisa.

A consulta aos documentos pertinentes aos egressos da ETSUS foi um exercício que ocupou o espaço inicial da pesquisa, sendo seqüenciada pela realização dos grupos focais.

De posse das informações preliminares manifestadas pelos participantes a partir dos grupos focais no contexto do direito à saúde, o passo seguinte foi destacar, classificar as categorias e subcategorias representativas construídas e analisar, tanto a partir de uma lógica legal quanto da lógica intrínseca ao contexto social em que cada um dos envolvidos está inserido. Desta forma, obtivemos:

4.1 Categorias

Conforme lembra Dallari (apud ROCHA; CHESTER, 2008) estava substabelecido pela Organização Mundial de Saúde, de acordo com sua Constituição de 26 de julho de 1946, que a saúde detinha a responsabilidade de ser o primeiro princípio básico para a “felicidade, as relações harmoniosas e a segurança de todos os povos”, por entendê-la não apenas como ausência de doença, mas inter-relacionada ao completo bem estar físico, mental e social,

referenciando a experiência consolidada na história da humanidade a partir dos trabalhos de Hipócrates, Paracelso e Engels. Reporta ainda a autora que, por se tratar de definição de felicidade e como tal aportar no plano do inatingível, inoperacional, tal conceito não fora facilmente aceito.

Inserido no contexto da existência de direitos inerentes a todos os seres humanos e, por conseguinte, inalienáveis, a saúde se introduzira nos direitos humanos que, embora abrigasse um grande conteúdo político, foi necessária a gradual positivação desses direitos para torná-los eficazes (ROCHA; CHESTER, 2008).

4.1.1 Conceitos de saúde e direito à saúde: vieses de um conceito

Embora tenhamos identificado claramente nas falas dos sujeitos da pesquisa uma conceituação de saúde alinhada à OMS, ao SUS e à formação (pois acreditamos que a postura bem clara e institucionalizada das falas derivou desta), emergiu também os *vieses* relativos tanto aos conceitos de saúde quanto ao de direito à saúde. No que tange ao conceito de saúde observamos, por exemplo, o enveredar pelo utópico e pleno bem estar (quando os participantes desta pesquisa vincularam ter saúde a “não ter problemas financeiros, familiares ...”, como se possível fosse não ter problemas, dentro do ciclo de vida que participamos); quanto à vinculação do direito à saúde, ficou explícito a questão do pagamento de impostos,

[...] direito à saúde é quando pagamos os nossos impostos... que vão incluir saúde, educação. Por exemplo.

Porto Walter

da caridade e da piedade,

[...] No meu caso, sinto dó dos pacientes [...]. Não adianta eu ser caridosa e a pessoa que vai tirar a dor não pactuar disso!

Mâncio Lima

além do entendimento que ao Estado cabe tudo resolver;

[...] o estado já tinha que ter pago prá ti a consulta e já que não fez nem isso, que faça pelo menos a metade, pois tinha que assegurar tudo!

o SUS tem que pagar, ainda que seja realizado nos EEUU ou na França, na China ou em qualquer parte do mundo; através do ministério público,

através da imprensa, ...chamar a população, dizer ... está assegurado, é direito ...mover os órgãos de imprensa, fazer uma zoada... fazer o estado pagar, nem que custe um bilhão de reais, o SUS tem que arcar.
Assis Brasil

Contrariamente, também vimos explícita a tendência da obrigação da família na assunção de responsabilidade pelo seu doente, ação fortemente focada na inversão do paradigma do direito do cidadão em dever seu, de modo a desresponsabilizar o Estado daquilo já definido constitucionalmente como obrigação. Deste, bem aos moldes do que se pretende aplicar na atualidade;

[...] por que a Constituição Federal diz que a saúde é um direito de todos e dever do estado e da família.
Plácido de Castro

Assim, entendemos que esse panorama guarda coerência com as palavras de Gaudenz e Schramm (2009), quando referem a questão da auto-responsabilização do indivíduo, a partir do momento que seu comportamento não atente para a consecução de estilos de vida saudáveis.

Por outro viés, observamos fortes tendências comuns à 2ª geração de reformas sanitárias moldadas na contemporaneidade, cujas concepções estão impregnadas pela ideologia neoliberal, globalizada, em consonância com o proposto pelo Banco Mundial na defesa de uma política de Estado mínimo, focalizada na necessidade voltada à pobreza, que se conforma numa política reducionista, a qual fortalece a perpetuação da condição de dependência, com o continuísmo do estigma que a situação de *ser pobre* por si só estabelece. Associada a essa enxurrada de tentativas de convencimento ao retorno da política focalizada, tem-se ainda a herança cultural e a formação do povo brasileiro, que atrela a condição de cidadania ao pagamento de impostos, desfocada da posição de ter direitos por ser pessoa, independentemente de sua inserção ou não em um contexto financeiro configurado como padrão pela lógica capitalista vigente, que esquece a igualdade entre as pessoas assegurada pelos direitos sociais.

Nesse contexto, com o propósito de possibilitar uma visualização geral daquilo que os participantes da pesquisa entendem sobre os conceitos de saúde e de direito à saúde fazendo uma correlação entre suas verbalizações e suas práticas explícitas e/ou implícitas, é que construímos o Quadro 2 – Quadro síntese,

comportando as falas selecionadas dos informantes, sintetizando seus conceitos de saúde, de direito a saúde e conceitos significativos explícitos e implícitos.

Informante (Nome Adoção)	Conceitos de Saúde	Conceitos de Direito à saúde	Conceitos explícitos/implícitos/ Significativos
Assis Brasil	“[...] Saúde... engloba... o físico, o mental, o social..., o saneamento... a segurança.”	“... o direito a saúde... engloba o meio, as pessoas. Eu tenho direito de ter uma alimentação que não me seja nociva, de beber uma água que não me seja nociva, de poder caminhar nas ruas sem ter medo de ser contaminado ou atropelado ... ou assaltado... direito a tudo aquilo que te dê segurança... .”	“[...] o cidadão chegou com um pedido [...] de um médico particular [...] eu disse: cidadão [...] já não era nem prá tu ter ido no particular; [...] é direito teu! o estado já tinha que ter pago prá ti a consulta e já que não fez nem isso, que faça pelo menos a metade, pois tinha que assegurar tudo!”
Cruzeiro do Sul	“[...] Está bem financeiramente, fisicamente e psicologicamente... o bem estar físico, social e mental.”	“... ter saúde repercute nessas áreas; está bem financeiramente, fisicamente e psicologicamente... é o bem estar físico, social e mental.”	“[...] ter um acesso livre. A população tem direito a vários atendimentos [...] no posto de saúde que trabalho [...] no momento que o paciente ta aguardando aquela consulta dele, ali eles colocam um vídeo esclarecendo sobre TB, DSTs, então enquanto a população está ali aguardando [...] essa parte de orientação que eu creio ser uma prevenção para a população”.
Feijó	“[...] saúde... o psicológico,... o físico... o saneamento básico está relacionada a tudo... e a todos.	“...ter direito à saúde é ter uma vida digna porque aí eu já englobo tudo.	“[...] o estrangeiro também tem direito; não só nós... ele é gente como nós”
Jordão	“[...] Saúde é o físico e o mental... é preciso ter... educação, alimentação... para podemos dizer que temos saúde.”	“... Direito à saúde todos nós temos. Agora ter essa saúde ao nosso alcance é que é difícil. Só quem tem dinheiro, quem pode sair do país. O pobre, desinformado..., nem tem onde ficar, não alcança seus direitos.”	“[...] Quando é um coitadinho..., fica lá.” “[...] O SUS é o melhor Plano de Saúde que tem. Até transplante faz. Abrange muitas coisas. Não é só laboratorial, bucal; tem cirurgia de todo porte. É porque não conhecemos o SUS. Aqui talvez não tenha todos os profissionais, mas no Brasil tem”!
Mâncio Lima	“[...] Saúde... tinha	“... Todos têm direito à	“[...] antigamente tínhamos

Informante (Nome Adoção)	Conceitos de Saúde	Conceitos de Direito à saúde	Conceitos explícitos/implícitos/ Significativos
	que ser o bem estar físico, mental;	saúde e as pessoas não sabem os direitos que tem... tomar a vacina.”	uma gestora muito boa. Toda sexta fazia uma reunião e todos sabiam e falavam a mesma linguagem no posto. Hoje [...] não sabemos o dia que vai sair ficha”!
Plácido de Castro	“... Saúde... é não ter problemas financeiros... familiares; ter lazer, prazer, saúde mental, convívio com outras pessoas, interação.”	“... A Constituição Federal diz... é um direito de todos e dever do estado e da família, mas isso não acontece... o profissional médico que deveria cuidar da população, porém monopoliza... Direito a saúde é primordial, mas não acontece.”	“[...] O SUS tem varias especialidades. O problema é que o nosso país é muito extenso em territorialidade e esse atendimento não chega para todos!”
Porto Walter	“... É o bem estar da pessoa, mas o bem estar da pessoa abrange muitas coisas, a sua vida pessoal... emocional, como está financeiramente... a estrutura, a família, o convívio.”	“... direito à saúde é quando pagamos os nossos impostos... que vão incluir saúde, educação. Por exemplo.”	“[...] Muitas vezes a gente não pratica o que é o certo pra não ter problemas no trabalho.”
Santa Rosa	“... Prá gente ter saúde... precisa tá com o emocional bem. É tudo importante... tudo tem que funcionar perfeito, desde uma habitação até o emocional, o moral, o físico,”	“... É nós temos direito a tudo só que muitas vezes não temos direito a nada, a gente têm direitos que a gente nem sabe que tem... que muitas vezes nem são divulgados... se a gente procurasse trabalhar ... prá agilizar as consultas então talvez a gente tivesse direito a ter o direito da gente cumprido.”	“[...] a gente ver a falha... a gente se cala .” “[...] acho que a população tem direito a todo tipo de especialidade partindo do SUS desde a consulta psicológica, fisioterapeuta, pediatra, exames [...] a gente tem muitos direitos que deveria procurar saber mais”!
Sena Madureira	“... Saúde... Vou levar para a parte espiritual. Às vezes queremos tantas coisas e não temos, porque nos falta a paz de Deus e quando tudo isso está balanceado conseguimos ter saúde.”	“... Sei que tem uma hierarquia... se viesse lá de cima tudo em consonância, melhoraria bastante. O povo tem que buscar seus direitos, mas dentro de um padrão... falta mais informação... a sociedade vive a margem disso”.	“[...] Geralmente tem aquele que indica: o jeitinho brasileiro!” “[...] o atendimento de saúde que a população tem direito é na parte preventiva, curativa e a reabilitação. [...] todos têm esses direitos [...] são equipes multiprofissionais e a população tem direito a tudo isso”.

Quadro 2: Quadro síntese

Fonte: Dados coletados dos grupos focais I e II, trabalhados nesta pesquisa, nos dias 29 e 30/04/2009, em uma capital no norte do país.

É imprescindível decifrar o implícito nas falas e atuações, pois o explícito pode estar organizadamente memorizado sem, no entanto, corresponder ao praticado; nesse contexto, alerta Bardin (2009, p. 16) que “por detrás do discurso aparente geralmente simbólico e polissêmico esconde-se um sentido que convém desvendar” (BARDIN, 2009).

4.1.1.1 Conceito positivo de saúde e de direito à saúde

Leal (2003, p. 843) concordando com Habermas reporta que

[...] no direito positivo os deveres valem como algo secundário; eles resultam apenas da compatibilidade dos direitos de cada um com os mesmos direitos de todos os demais.

A concepção do direito à saúde, se vista somente pela ótica dos fatores biológicos da saúde – referente a uma concepção de saúde enquanto ausência de doenças - remete a um direito restrito às ações de cura. Saindo desse olhar unidirecional nota-se a importância do aporte educacional e multisetorial em caráter interativo na viabilização de um conceito mais complexo que contempla a construção da sociedade, do modo como vivemos, organizamos nosso cotidiano, interagimos com o ambiente físico e social. Consolidam-se, por um lado, pelas condições de vida a que a população está exposta. Por outro, por um espectro de ações dos profissionais de saúde do sistema de saúde estabelecido, que alicerça o cuidar do paciente e não apenas a execução de alguns procedimentos em resposta às agressões de cunho físico, químico e biológico a que possam estar acometidos.

Corroborando com o exposto, Minayo (2006) reconhece saúde e doença como fenômenos clínicos e sociológicos, vividos a partir das culturas em que ao experimentá-los, a sociedade o faz de forma a definir maneiras de enfrentar a morte e exorcizar seus fantasmas.

Tais formas de enfrentamento, notadamente, se originam no entendimento do que seja saúde e doença e explicitam tais concepções. O conceito de saúde verbalizado atualmente, de forma bastante abrangente, se aproxima fortemente do

conceito estabelecido pela OMS desde 1948: “saúde é o completo bem estar físico, mental e social”.

Os participantes deste estudo expressaram de forma bastante similar tal conceito, com variações na sua amplitude. De um lado, parte deles verbalizaram um conceito de saúde que valoriza o âmbito individual da construção da saúde, com ênfase na dimensão filosófica (onde refere fatores emocionais, espirituais e psicológicos, aplicados de forma bastante ostensiva):

[...] Prá gente ter saúde a gente não precisa só não estar doente. A gente precisa tá com o emocional bem. É tudo importante.
Santa Rosa

[...] Ter saúde para mim não é não estar doente, não é a ausência de doença. Vou levar para a parte espiritual. Às vezes queremos tantas coisas e não temos, porque nos falta a paz de Deus e quando tudo isso está balanceado conseguimos ter saúde. Pra mim o mais importante é a saúde do psicológico, pois quem comanda tudo é a nossa cabeça e quando a nossa mente funciona o resto vai tudo bem; Não creio que a pessoa esteja eternamente doente. São fatores agregados que contribui.
Sena Madureira

De outro lado, os sujeitos da pesquisa ainda que reproduzindo os termos do conceito da OMS, buscaram ampliar tal conceito para questões explicitadas no conceito de saúde da VIII Conferência Nacional de Saúde, por exemplo, envolvendo nominalmente a educação, o lazer, a habitação, as condições mais gerais para a vida, a responsabilização da sociedade e do Estado sobre a construção da saúde:

[...] Para mim saúde é o físico e o mental. É preciso ter saúde, educação, alimentação. Para que você tenha saúde realmente, precisamos que o estado ofereça condições para a população do Brasil. Nós vivemos numa região em que a saúde não vai bem e não vai realmente; É preciso melhorias urgentes para a saúde, a educação para podemos dizer que temos saúde.
Jordão

As concepções que permearam o expressar dos participantes deste trabalho, construíram um dueto, que por um lado se identifica com o que defendia a reforma sanitária dos anos 80, consolidada como 1ª geração de reforma sanitária, que responsabilizava o Estado a prestar atenção à saúde indistintamente aos que precisasse, defendendo acesso a todos; a ênfase dada a participação efetiva do Estado, o colocava numa situação de atividade, no cenário cujo seu papel era o principal. Assim, as falas dos partícipes desta pesquisa bem reproduziram os conhecimentos contemplados na formação proposta e pelos ensinamentos lá veiculados, enquanto discurso oficial.

Na expressão de Dallari (1995), em sendo o Brasil caracterizado como Estado Democrático de Direito, fundado na dignidade da pessoa humana, o termo *saúde* deve ser considerado, de forma precisa, como reconhecido igualmente a todo o povo, como direito social (C. F., Art. 6º.). Ainda citando a CF, a autora assevera que a materialidade da saúde requer a definição da política pública, contemplando além do cuidado, a defesa e a proteção. À luz dessa posição, insiste a autora, que a garantia dos direitos deve ser garantida pelo Estado constitucional. Por este entendimento, nesta pesquisa os participantes identificam tal legalidade e incorporam posicionamentos que demonstram uma compreensão no que se refere ao que é aceito como correto, legal e assim se manifestaram, no que é pertinente ao direito à saúde:

[...] Todos temos direito à saúde... as pessoas que não sabem os direitos que têm.
Mâncio Lima

[...] por que a Constituição Federal diz que a saúde é um direito de todos e dever do estado e da família.
Plácido de Castro

[...] Toda a população tem direito à saúde.
Jordão

Tais expressões indicam o conhecimento teórico dos pressupostos legais relativos ao direito à saúde, principalmente no que tange à universalidade deste direito; reportam o momento anterior em que o Brasil experimentara o modelo da saúde de “carteirinha”, cuja cidadania era regulada pela inserção da pessoa mercado de trabalho, contrapondo com o SUS para todos:.

[...] para mim todos têm direito à saúde. Antigamente tinha as carteirinhas do INPS onde só tinha direito quem trabalhava. Hoje, temos o SUS e que se Deus quiser vai chegar... a saúde de primeiro mundo.
Mâncio Lima

Ao mesmo tempo, a forte menção à responsabilização da família que os sujeitos desse estudo reportam, reforçam a intencionalidade do atual discurso oficial proferido que impõe à família a obrigatoriedade do cuidar em vez de ser cuidada. Identifica-se assim a materialização de uma ação constitucionalmente devida ao Estado sendo repassada e internalizada pelo usuário do sistema, considerando a lógica do modelo invertido em que o direito do cidadão e dever do Estado, no

tocante à assistência, passam a ocupar posições invertidas, de direito do estado e dever do cidadão, alinhado ao que sugere Gaudenz e Schramm (2009).

Quando questionados sobre o que significa este o direito à saúde, os participantes da pesquisa manifestam:

[...] temos de forçar com que o Estado cumpra com o seu papel, cumpra o seu dever. Nós somos o estado... temos que fazer com que os nossos governantes façam o estado funcionar para todos terem acesso..
Assis Brasil

[...] Explicamos que se o SUS não cobre àquele serviço, a Unidade se responsabiliza e manda até fazer fora; nunca informamos que não faz...
Jordão

[...] Não descarto o paciente. Passo para uma pessoa que tenha mais acesso à informação do que eu. Passo ao enfermeiro, que vai ao médico.
Plácido de Castro

[...] a população tem direito a todo tipo de especialidade partindo do SUS desde a consulta psicológica, fisioterapeuta, pediatra, exames; [...] A gente tem direito que nem sabe que a gente tem; e o SUS se a gente for estudar ele a fundo, se for ver bem ele, a gente vai saber coisas que a gente diz 'nossa senhora, eu nem sabia disso!', né? E eu deveria ter procurado mais. Eu acho que a gente tem muitos direitos que deveríamos procurar saber mais.
Santa Rosa

[...] é uma violação dos direitos assegurados pela constituição brasileira ao cidadão... o cidadão chegou com um pedido de uma consulta de um médico particular, me perguntando se seria possível ele trocar aquele pedido lá prá ele poder ser atendido; Eu disse cidadão, o estado já tinha que te garantir a consulta, e já que tu pagou a consulta que ele te garanta agora pelo menos a complementação! Você não tem nada que ir atrás de trocar nada. É um direito teu, se tá com o pedido, mesmo se veio do particular, pois já não era nem prá tu ter ido no particular; o estado já tinha que ter pago prá ti a consulta e já que não fez nem isso, que faça pelo menos a metade, pois tinha que assegurar tudo!
Assis Brasil

Conforme enfatiza Leal (2003) citando Weber, o sistema jurídico, os ordenamentos e as normas somente ao possuírem um elemento de legitimidade é que levam o Direito ao cumprimento de sua função de integrador social; complementa ainda que somente quando os atores sociais são envolvidos de forma a aceitarem ou aderirem ao processo, sendo incluídos, portanto como sujeitos políticos atuantes no cotidiano, é que se dá a integração social acima referida. Nessa mesma linha de raciocínio, considera o autor que a legitimidade do direito e sua eficácia não se acham reféns do processo coativo, e se condicionam à identificação do sistema de direito com o social de forma parcial ou geral.

Reforça o autor, que o nascimento do direito não se consolida sem que lhe sejam dispensados esforços. Embora numa ordem inversa, no Brasil a implantação dos direitos sociais (que contém no seu bojo direito à saúde) se efetivou em um momento primeiro, ocasião que se suprimia os direitos políticos e reduziam-se os direitos civis. Somente em momento posterior é que se deu a inserção dos direitos políticos. A base eram os direitos políticos, de modo que os direitos sociais eram considerados malquistos uma vez que se considerava sua incompatibilidade com os direitos políticos e civis. São tantas as lutas, por assim dizer, porém é deveras importante considerar que o nascimento do direito não é fruto de geração espontânea e que somente se materializa em resposta à aplicação de esforços direcionados.

Diante da realidade que se experimenta, os participantes da pesquisa se remetem ao direito à saúde, como algo que se comporta de forma didático-ilustrativa, e que em algum momento se distancia da sua materialização mesmo que garantida em base legal. Assim, os relatos abaixo denotam não haver espaço para tal concretude, e o desejo de cobrar sua efetivação não se esvai:

...por que a Constituição Federal diz que a saúde é um direito de todos e dever do estado e da família, mas isso não acontece! ... o profissional medico que deveria cuidar da população, monopoliza. Se tiver vinte pacientes para atender, atenda os vinte! Não. Só atende doze! O povo tem que ser atendido. Está previsto na Constituição. Porém não acontece... O Direito a saúde é primordial, mas não acontece.
Plácido de Castro

...tudo aquilo que existir de exame ou algo de promoção à saúde... um exame... ainda que não esteja no quadro do ministério da saúde é responsabilidade do SUS, esse cidadão deve requerer e o SUS tem que pagar, ainda que seja realizado nos EEUU ou na França, na China ou em qualquer parte do mundo; através do ministério público, através da imprensa, ...chamar a população, dizer ... está assegurado, é direito ...mover os órgãos de imprensa, fazer uma zoada... fazer o estado pagar, nem que custe um bilhão de reais, o SUS tem que arcar.
Assis Brasil

[...] o direito a saúde pra cada indivíduo já ta implícito em algumas palavras nossas. Que engloba o meio, as pessoas. Eu tenho direito de ter uma alimentação que não me seja nociva, de beber uma água que não me seja nociva, de poder caminhar nas ruas sem ter medo de ser contaminado ou atropelado ou assaltado. Porque não? Tudo isso gera a ausência da saúde. Então é por aí o direito à saúde. O direito a tudo aquilo que te dê segurança, segurança também. Nós podemos correlacionar segurança com saúde. Ou se não, como foi falado aqui ainda agora, mentalmente eu preciso estar bem. Será que eu estou com saúde se eu viver aperreado, porque qualquer hora eu posso ser assaltado? Então a segurança também está inserida neste contexto.
Assis Brasil

É visível pelas falas acima reportadas, a demonstração por um direito à saúde que contempla a titularidade individual, reproduzindo a lógica neoliberal, oposta à titularidade transindividual que aduz a garantia constitucional que atinge a todos.

4.1.1.2 Direito de Cidadão? O Pagamento pela Assistência

A partir da Constituição de 1988, o direito a saúde se inseria nos direitos sociais (Art. 6º), sendo reconhecido como direito de todos e dever do Estado bem como assegurava o acesso universal e igualitário das ações para promoção, proteção e recuperação da saúde (Art. 196). Esse contexto conforme assevera Piola (1994) aponta para a descaracterização da condição restritiva prevista na constituição anterior na qual a garantia da assistência sanitária, hospitalar e da medicina privada estava estreitamente vinculada à situação de trabalhador/previdência social

Neste sentido, reforça o autor, desde os anos 60 já se processava o caminho para o direito de acesso, nas figuras do PRO-RURAL (1964), Plano de Pronta Ação/1974 (PPA), e na década de 80 das Ações Integradas de Saúde (AIS) e Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS).

Enfim, essas iniciativas e avanços por si só não concretizam o proposto em atenção à saúde condignamente, tendo-se então que trilhar um percurso que certamente contará com adversidades; é supremo decidir-se pelo firme propósito e atitude de propiciar ao nosso sistema de saúde uma conformação eficiente, justa e equitativa, voltando um olhar mais apurado ao quadro sanitário brasileiro, que mescla doenças contemporâneas tais como as crônico-degenerativas com doenças transmissíveis (que já nem constituem um problema em sociedades mais desenvolvidas) e com as doenças do aparelho circulatório, o câncer, as doenças mentais, além das violências em geral. E nesse quadro ainda se afilia a preocupação da forma com que os gastos são efetivados, o que no entendimento de Piola (1994, p. 19) “o Brasil aplica mal seus recursos. Aplica mal por falta de melhor definição de prioridades, aplica mal por falta de maior eficiência”.

Por essa lógica, o acesso à saúde pelo sistema único ainda não contempla a sociedade conforme estabelecido legalmente, e os estrangulamentos dos serviços se amontoam, o que dá a população a angústia da dúvida de ser e quando ser atendido! Resta então ao usuário decidir, às vezes contra o tempo, o que fazer para restabelecer sua saúde. Como resposta a este dilema, é que se observa, conforme bem retratado nas palavras de Arruda (2001) que o crescimento pela procura da assistência privada (que pode ser devida a falta de credibilidade da atenção ofertada pelo SUS), dentre outras vulnerabilidades, apontam para a necessidade de se formatar uma proposta de política de atenção à saúde harmonizada com a nossa realidade sócio-econômica, universal e integral, alinhada aos princípios constitucionais (ARRUDA, 2001).

Ao adentrarmos no SUS, cujo marco foi a Reforma Sanitária que conversa com rompimento da proposta da caridade e da cidadania regulada se tem estabelecido saúde como *direito de todos e dever do Estado*; é real que o SUS se embute de uma proposta que universaliza, defende a equidade e a igualdade, bem como o acesso aos serviços de saúde; o que está consensuado referente à atenção à saúde, no segmento público, é desconsiderar o passado que associava assistência à pagamento ou à caridade; a definição, mesmo que constitucionalmente assegurada, da saúde como direito de todos independente de posses, credo, cor ou raça não garante a exclusão do âmbito das pessoas (em seus papéis de usuários e/ou responsáveis pela prestação do serviço) dos resquícios que vinculava o direito aqui abordado com o pagamento devidamente estabelecido.

A seqüela resultante do longo processo em que assim experimentamos o servir na saúde é o esquecimento da política defendida pelo SUS e o atrelamento, mesmo que em contradição, do direito à saúde (ora entendida como bens, ora como serviços) à pecúnia. Assim, o entendimento dessa assistência, incluindo-se à saúde, enveredando por uma existência de cidadania assume, dentre outras perspectivas, o perfil de um direito de atendimento fortemente associado à quitação de impostos com conseqüente recebimento de produtos e/ou serviços, o que pode ser entendido expressa ou subliminarmente nos posicionamentos dos participantes desta pesquisa conforme transcrições a seguir:

[...] As pessoas não querem saúde e sim medicamentos! Saúde tinha que ser o bem estar físico, mental.
Mâncio Lima

[...] Todos nós temos direito à saúde. Nós somos cidadãos... e pagamos nossos impostos né? Nós temos direito à saúde, dever do estado e direito do cidadão. Agora o que nós não podemos é tirar o direito do nosso colega que é um cidadão também... porque, assim como nós que pagamos os nossos impostos, eles também pagam então o direito é a todos realmente... todos têm direito; tanto a criança quanto o idoso, pois todos pagam seus impostos, e têm direito a esses atendimentos, que não são gratuitos... todos os exames tem valores ...no caso de consulta também e no caso de atendimento odontológico, também. Então, todos temos direito ao atendimento.

Cruzeiro do Sul

[...] o dinheiro dos impostos, que é prá quê? Para pagar o funcionário, prá ter renda pra pagar aquele exame, o médico, tudo que engloba a despesa, como se diz... nada é de graça.É importante a gente não ficar alheio, acomodado, se puder envolver o esclarecimento individual... porque as vezes a gente espera pelos outros e só cobra, só cobra, porque a gente paga imposto e aquilo, assado; mas não é só cobrança; você também deve fazer a sua parte... direito à saúde é quando pagamos os nossos impostos, né? Que os nossos impostos vão incluir saúde, educação... Se tamos pagando nossos impostos porque essa dificuldade em poder fazer logo nosso exame? ...todos pagam os impostos, né, todos tem direito.

Porto Walter

[...] Nós ajudamos aquelas pessoas, principalmente aquelas pessoas de baixa renda. Nos *itinerante*⁴, a gente vê o quanto essas pessoas precisam da gente.

Feijó

Nessa perspectiva é que se detecta no entremeio dos usuários um entendimento de atenção à saúde fortemente atrelada ao poder aquisitivo, o que é altamente instigado cotidianamente pelas enxurradas de informações propositalmente dirigidas e veiculadas na mídia com o claro propósito de se retornar a política de atenção à saúde restritiva, com foco nas necessidades, fragilizando ou no mínimo em desalinho ao SUS, incorporado atualmente nas reformas de 2ª geração, que Nogueira e Pires (2004, p. 753-754), retratam indubitavelmente quando citam que

[...] a nova agenda, denominada pelas agências multilaterais como segunda geração das reformas sanitárias... vem complementar as reformas de primeira geração, concluídas na década de 90... com forte apelo à articulação entre pobreza e a atenção à saúde, sugerindo... a focalização de recursos... e melhorar a qualidade de vida da população empobrecida.

As autoras, referenciando Laurell, afirmam que “os imperativos macroeconômicos e as estratégias mercadológicas utilizados em larga escala, têm

⁴ Ação de governo local, onde se leva assistência em saúde às comunidades mais pobres e estabelecidas nos recantos mais longínquos da região.

contribuído para transformar a saúde em um *objeto corriqueiro de consumo* e para realizar uma metamorfose na concepção de direito à saúde”.

A partir do duplo modelo teórico – político pertinente ao direito à saúde prosseguem as autoras abordando que a miscigenação dos paradigmas da saúde pública (tradicional), que defende o princípio da equidade com o da economia da saúde que aborda a competitividade, a focalização e seletividade da ação pública, acentuam de forma marcante a visão de que a cidadania social se apresenta restrita aos extremamente pobres apontando para uma vinculação da atenção à saúde à proteção social.

4.1.1.3 Caridade versus cidadania

A caridade é [...] o modo de legitimar as desigualdades, de naturalizar a lógica das compensações entre o supérfluo e a carência do necessário. Por meio dessa dissimetria anula-se toda reciprocidade, porém, se alimenta, ao mesmo tempo, uma necessidade de reconhecimento. (COLLIÈRE, 1989, p. 71 apud CAPONI, 2000, p. 25).

Apesar de ser um dos princípios norteadores do SUS, a equidade referida ainda no discurso da Reforma Sanitária se apresenta circunscrita ao acesso na atenção à saúde. Ir além desse conceito, se estabelecer como princípio orientador de políticas, só foi possível na contemporaneidade. Mas de que equidade se está falando?

Ao se remeter a OPS/ OMS as definições de equidade em atenção à saúde, incorporam o receber atenção segundo as necessidades de cada indivíduo. Compreende Escorel (2001), citando Viana et al, que a iniquidade pode apontar para a materialização de uma desigualdade injusta. Prossegue a autora afirmando que “*a igualdade como posta pelo texto constitucional, universal, não admite nenhuma discriminação, nem positiva nem negativa*”. Considerando esse contexto, identificou-se entre os sujeitos que participaram desta pesquisa, de forma explícita ou subliminarmente, na maioria das vezes, a idéia firme de que o serviço de saúde a partir de seu trabalho, o qual envolve responsabilidade e dever seus, perpassa por componentes de ação paternalista, compassiva; tais posições se estabelecem, na lógica dos participantes, por existir no outro lado desse contexto o sujeito

caracterizado por uma “menoridade”, e assim incapaz de decidir sendo, por vezes, até culpabilizados tanto pela saúde quanto pela doença. E por assim ser, àqueles verbalizam o discurso do direito à saúde, embora o que se percebe na prática é a contradição posto que entendem os serviços de saúde como uma concessão do poder maior. É pertinente, então, chamarmos à discussão a equidade enquanto caminho para o alcance da igualdade, tal como referem Garrafa; Oselka; Diniz (apud GARRAFA; IBIAPINA; COSTA, 2000, p. 15), que considera somente ser possível atingir a igualdade quando se tem disposição de reconhecer as diferenças e as necessidades peculiares às pessoas, e reforçam que “igualdade não é mais um ponto de partida... é o ponto de chegada da justiça social,... onde o próximo passo é o reconhecimento da cidadania”

De volta ao nosso contexto histórico e contrário à justiça social, é relevante lembrar que o favorecer aos mais iníquos consolidou-se como práxis desde muito antes, em momentos processuais pertinentes ao desenvolvimento do nosso país. Nas palavras de Castellanos (1997, p. 60) tem-se que “nem toda diferença na situação de saúde das populações pode ser considerada iniquidade. Mas toda diferença ou desigualdade redutível vinculada a condições heterogêneas de vida, constitui iniquidade”. A condição por que passaram os brasileiros, enquanto detentor de um regime escravista e aniquilador da condição de cidadão, que se configurou acentuadamente na fase do Brasil-colônia, talvez possa explicar a conduta que direciona para aqueles com menos os direitos e para os iníquos e subjugados a piedade; por este olhar observa Ribeiro (2008, p. 404):

[...] O Brasil foi regido primeiro como uma feitoria escravista, exoticamente tropical, habitada por índios nativos e negros importados; Depois, como um consulado, em que um povo sublusitano, mestiçado de sangue afros e índios, vivia o destino de um proletariado externo, dentro de uma possessão estrangeira.

No auge da primeira revolução industrial na Inglaterra, enquanto a mesma detinha a hegemonia do capitalismo (entre 1820 e 1830) o Brasil se restringia a uma colônia agrícola baseada no trabalho escravo equivalendo dizer ser a nossa economia francamente atrasada, se fizermos um paralelo com as nações internacionais; ao mesmo tempo, era o Brasil possuidor de uma estrutura latifundiária que estabelecia uma brutal concentração de renda. Em outras palavras, o Brasil já entrava nesse contexto em desvantagem, além do que somente um século depois é que se efetivou a nossa participação no processo de

industrialização. É importante ainda salientar que vivemos em torno de quatro séculos de produção agrícola dependente do trabalho escravo e que o capitalismo brasileiro somente se estabeleceu numa época considerada recente, a partir da abolição da escravatura no Brasil (1888) e a partir da república (1889), sem esquecermos que no contexto republicano experimentamos duas ditaduras sendo uma civil e uma militar. Salta-nos aos olhos com notoriedade, a rapidez com que o Brasil, num período de apenas 30 anos, se desvencilhou dos 450 anos vividos do modo agrícola e trabalho escravo para se estabelecer como a oitava economia industrial no mundo capitalista.

Por essa lógica, o ônus de tamanha ligeireza da pátria amada no processo de inserção aqui discutido remete como conseqüência, a um futuro enxertado com grandes problemáticas (dívida interna, externa, inflação, sistema tributário ineficiente, crise econômica, por exemplo) sendo a principal delas o recrudescimento da questão social.

Face ao acima exposto, parece-nos indevida a alcunha imputada ao povo brasileiro de preguiçoso (atribuição devida ao índio indolente, ao negro fujão e às classes dominantes viciadas), além de se ter presenciado através da história a construção de toda uma civilização urbana colonial muito mais pujante e mais brilhante daquilo observado na América do Norte, por exemplo, (RIBEIRO, 2008). A discussão, de acordo com o autor, poderia se embasar no por quê do descompasso entre a ascensão plena à civilização industrial assumida pelo povo da América do Norte, tão pobre e atrasado, enquanto que, no lado de cá nós mergulhávamos no atraso. Nas palavras do autor, é o modo de ordenação da sociedade, estruturada contra os interesses da população desde sempre sangrada a servir a desígnios alheios e opostos aos seus, que poderia ser o efetivo fator responsável pelo desalinho instituído nesse processo.

Difícil também seria a construção de uma consciência de direitos, já que se observara na administração colonial o descaso pela educação primária, que de início cabia aos jesuítas que ao serem expulsos se consagrou ao governo que a realizou de forma inadequada; o esperado dos senhores rumava exatamente em direção oposta ao incentivo educacional, com o propósito de impedir a difusão desta arma cívica (CARVALHO, J., 2001). Entendemos, portanto, que sem educação o desenho

consolidado congrega a proliferação e a perpetuação das iniquidades, cuja finalização assume formas bem definidas e marcantes!

Corroborando com essa idéia, Lacerda (2000, p. 143) expõe que “[...] O não acesso à escolaridade, à educação, contribui para obstaculizar o exercício da cidadania, já que prejudica a formação de uma consciência crítica.” Portanto, correlacionar a educação com o exercício da cidadania propicia a desconstrução da terrível idéia da subjugação, o que neste entendimento defende a autora, quando concorda com Arroyo ao sugerir que “[...] uma das formas de colocar no seu lugar relação entre cidadania e educação será destruir a imagem que se criou de que a educação é um dos mecanismos de arbitragem sobre a quem, onde e quando é permitida a condição de cidadão e de sujeito político.” Prossegue afirmando que “[...] o processo de conquista de direitos que envolve a organização da cidadania deve, se possível, vir acompanhado do conhecimento”.

Entendendo J. Carvalho (2001, p. 24) que não havia república no Brasil e assim se aniquilava a ilusão da existência da sociedade política, cita que “[...] os direitos civis beneficiavam a poucos, os direitos políticos a pouquíssimos, dos direitos sociais ainda não se falavam, pois a assistência social estava a cargo da igreja e de particulares”. Nesse sentido, reforça Leal (2003, p. 942) “[...] a base eram os direitos políticos e os direitos sociais eram até mal vistos, pois eram considerados incompatíveis com os direitos políticos e civis.”

Construir a cidadania requer combater entraves, se disponibilizar em lutar, transcender à crença que o Estado por livre iniciativa a reconheça e a disponibilize como direito. Nas palavras de Lacerda (2000, p. 137) encontraremos aporte para fundamentar tal colocação quando diz

[...] é preciso saber que a cidadania jamais será concessão do Estado, pois é essencialmente uma conquista dos excluídos, através do exercício político, de lutas... a interferência do Estado... se faz claramente através de uma política assistencialista... as relações sociais se efetuam sob a forma da tutela e do favor, jamais do direito.

A dádiva, a pré-disposição na manutenção da caridade mantém acorrentado ao Estado o indivíduo em estado perene de inércia, o que o torna presa fácil, aliado imposto e não por escolha, perpetuando uma dependência que favorece ao aparelho estatal em desfavor do cidadão; a caridade aliena, e por assim ser, não nutri-la faz com que as amarras se desgastem, apontando na perspectiva de tornar clara ao indivíduo à compreensão que a caridade, nas palavras de Leite e Mafra (2009) não

guarda uma relação necessariamente de comprometimento com a vida humana, não significando um projeto defendido pela sociedade.

Os partícipes da pesquisa se expressam, reforçando a idéia que “compaixão é necessariamente um co-sofrimento que não pode ir além do padecimento de semelhante. Ela apaga as diferenças, [...] aproxima as pessoas” (CAPONI, 2000, p. 33):

[...] No meu caso, sinto dó dos pacientes. Às vezes ponho 6 para serem atendidos, mas há queixa. Não adianta eu ser caridosa e a pessoa que vai tirar a dor não pactuar disso!

Mâncio Lima

O compromisso com a pessoa que sofre pode resultar em sentimentos diversos, que perpassam pela solidariedade, respeito mútuo, compaixão-piedosa pelos sofredores que nos remete ao pensar na condição que permite sermos benfeitores virtuosos e até no reconhecimento que algo semelhante pode nos acontecer (CAPONI, 2000); nesse sentido, através da fala de um dos pesquisados, identificamos tal entendimento associado a vontade de fazer algo e também que o SUS cumpra o seu papel em atender às necessidades das pessoas., quando reporta que

[...] no momento que nós somos profissionais nós temos que fazer as coisas direito; um dia a gente pode virar paciente e aí? ...quando vira paciente, doente né, a gente já quer exigir com todo rancor ou com raiva porque sabe; mas não é assim.

Porto Walter

Observamos, enquanto materializado no falar dos pesquisados, que em sua prática está fortemente incrustada uma carga de conceituações próprias que se confunde com a questão da subserviência, da gratidão, do favor, da contrapartida financeira, muito embora reproduzam um discurso do conhecimento oficial apreendido no processo formativo.

Desagregar do direito à saúde a condição capitalista e entender de fato o processo da cidadania, seria um passo importante rumo à reversão do que aí está posto, e fazemos nossas as palavras de Milton Santos (2001), quando assim se posiciona: “[...] a cidadania plena é um dique contra o capital pleno”.

Com pensar semelhante, Lacerda (2000, p. 24) expressa que

[...] a passagem do feudalismo para o capitalismo, ou seja, a mudança de regime de escravidão para a liberdade do sistema burguês emergente, liberta o indivíduo da servidão, mas, ao mesmo tempo, impõe novos limites para o exercício da cidadania plena. (LACERDA, 2000).

No decorrer de todo o processo de vida, as raízes sempre prevalecem e causam aos nossos convívios algum estranhamento quando, por conhecimento e dever, agimos sob a égide de uma legislação. As partes integrantes do nosso relacionamento presentes no nosso cotidiano, quase sempre se decidem por exigir de nós um comportamento que satisfaça as suas necessidades, mesmo que esse comportamento não se pautem no legalmente estabelecido. Assim, os contextos de vida incorporam fatos que nos colocam, não muito raro, frente ao dilema: cumprir a lei ou agir conforme o coração (em detrimento da razão).

Se é um aspecto da cidadania ter direitos, a vinculação ao cumprimento de deveres quase sempre é difícil de ser lembrada ou aceita. Não é interessante praticar a lei se não há favorecimento. Da Matta et al (1992), bem ilustram o desfecho acima quando mencionam que ao estar sujeito a lei em seu contexto universalizante e anônimo, ninguém no Brasil se propõe de fato a ser cidadão. Enquanto Fernandes (2000) citando Ferreira (1993) entende que a cidadania brasileira sempre foi muito mais passiva do que ativa, uma vez que a intencionalidade da prática das instituições através de relações de dependência favoreceram a formação de um imaginário social avesso aos “princípios liberais”; portanto, fica evidente a lógica paternalista a que muitos foram dimensionados para assim compreenderem. Mais adiante (p. 66), enfatizando o que alguns autores reportam, a autora diz que “os mecanismos de participação popular não funcionam no Brasil, pois as pessoas não estão preparadas para participar do processo de tomada de decisão”.

Considerando a visão do povo brasileiro que sempre se posicionou com conformismo, por apreender como verdadeira a condição de parasita, desmobilizado do espaço público no aguardo de favores dos mandatários, o sentimento assim se materializou quando fincou raízes em uma cultura patrimonial e privatista (LACERDA, 2000). A idéia que um interlocutor na mediação do processo é condição solucionadora da questão do atendimento é reforçada nas palavras de Leite (2007) “[...] de que ‘alguém’ precisa intervir para que se consiga acessar algum benefício do poder”.

São posturas que de fato pudemos visualizar também no discurso dos participantes desta pesquisa quando relatam

[...] geralmente quando me procuram é para pedir ficha. Nada de prevenção, apenas a parte curativa. Quando vou dar uma explicação, não querem saber!

Sena Madureira

[...] moro num ramal lá na BR 364 e as pessoas me pedem muito o remédio. Digo que só pego o remédio com a receita; uma vizinha disse: fui tirar o dente e não foi tirado porque a minha pressão estava lá em cima. Tu não facilitas pra mim? Eu disse não! E se você morrer na cadeira?

Mâncio Lima

[...] pedir medicação é desde a família até os vizinhos. Eles pedem remédios para verme e sempre digo não. Remédios só com receita médica. A mesma coisa é com relação aos exames. Na minha casa, sempre vão pessoas para eu aplicar injeção. Não sou da Enfermagem! Não aplico injeções, trabalho em laboratório e as pessoas acham que não fazemos porque não queremos.

Jordão

[...] tu trabalha lá, tu pode pegar o resultado, o laudo?... você pode me ajudar a fazer esse tipo de exame...?... é exatamente assim, eles nos procuram para facilitar o atendimento... prá agendar ou então prá ser atendido logo;" eu digo vou tentar, já que tem um jeitinho que é errado (ar de riso, mas a gente procura ajudar da nossa maneira, né. Aí eu fico pensando: se tem uma pessoa lá prá ajudar, em todo lugar tem... seja saúde, educação ou outro, ...se tiver alguém prá ajudar melhor ainda;Imagine aquele que não tem! Fica mais difícil ainda.

Porto Walter

[...] As pessoas procuram lá na minha casa mais para aferir a pressão; não sei por que (risos), mas os meus vizinhos são quase todos hipertensos; quando eu tô de folga aí perguntam: ah, não tem um captopril, um propanolol? Aí eu digo: não maninha, eu não posso te dar nada! Só quem pode te dar é o médico. Eles me procuram muito ... é prá marcar consulta; inclusive tem vizinho que ta com raiva de mim porque a gente tá proibido desse tipo ... É porque eles têm que dormir na fila... Tá desse preço! ... Eu falo que não posso. Então os meus vizinhos me procuram muito prá trocar encaminhamentos. Então é assim, a gente vai trocando, faz o que pode né!"

Santa Rosa

Nesse expressar, se reproduz a temática asseverada por Da Matta (2001, p. 104-105) no que é pertinente ao modo como o brasileiro age para garantir, refutando a burocracia, o seu intento. É nesta perspectiva, no seu entender, legítima, oriunda do próprio processo de civilização, culturalmente estabelecido, que o brasileiro aposta em resolver aquilo que lhe acomete, fazendo valer os *seus direitos*, usando suas relações pessoais ou a força do *sabe com quem está falando*, conforme enfatiza o com muita propriedade o autor ao referir que

[...] trata-se... de um modo-jeito ou estilo- profundamente original e brasileiro de viver, e às vezes sobreviver, num sistema... em que as leis formais da vida pública nada têm a ver com as boas regras da moralidade costumeira que governa a nossa honra, o respeito e, sobretudo, a lealdade que devemos aos amigos, aos parentes e aos compadres... (Da MATTA, 2001, p. 104-105).

É um agir que já se identificava em datas tão longínquas, exemplificada tipicamente nos idos anos de 1500, a 1º de maio, ocasião em que Pero Vaz de Caminha já se apropriava da lógica do *toma lá da cá*, e fazia uso do prévio elogio para em seguida se locupletar com a obtenção de favores, nitidamente observado no trecho abaixo transcrito, da sua famosa carta enviada ao Rei de Portugal:

[...] E nessa maneira, Senhor, dou aqui a Vossa Alteza conta do que nesta terra vi. E, se algum pouco me alonguei, Ela me perdoe, pois o desejo que tinha de tudo vos dizer mo fez por assim pelo miúdo. (...) Vossa Alteza há de ser de mim muito bem servida, a Ela peço que, por me fazer graça especial, mande vir da Ilha de São Tomé a Jorge de Osório, meu genro – o que dela receberei em muita mercê (Da MATTA, 1992, p. 09).

À semelhança do aqui identificado no que se refere à idéia internalizada da atenção à saúde na perspectiva de cessão de favor do poder maior, também se verificou nos resultados da pesquisa *Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina*, realizada por Leite e Mafra no município de Itajaí/SC em 2006, em que a situação de dependência do usuário se consubstancia em detrimento à conscientização da condição legalmente assegurada do direito à saúde, reforçando sua percepção de impotência frente ao processo e asseveram as autoras que

[...] nenhum entrevistado sabia que poderia cobrar o medicamento do Estado antes de ser encaminhado para esta via de acesso pelo médico [...] as relações com o poder público, os médicos e os políticos revelou a predominância da percepção pelo usuário de que um “favor” de uma pessoa foi motivadora para concessão do medicamento. (LEITE; MAFRA, 2009).

É nesse misto de submissão e medo que se vê o vai e vem do cidadão, sempre às voltas a procura de soluções, conforme bem traduz Da Matta (1992) ao mencionar sobre a espera interminável a que é submetido o brasileiro, apontando para a ausência, no Brasil, do culto à cidadania. No que pese à exigência de seus direitos, este indivíduo fica ressabiado, diante da possibilidade de se *queimar*, como ocorre comumente quando alguém externa sua indignação por alguma coisa. Por esse viés, enfatiza Márcio Piñon de Oliveira (OLIVEIRA, 2001)

[...] na tradição brasileira, no que diz respeito à relação entre a população e o Estado é, de um lado, a expectativa de que o Estado atenda aos reclames em tomo de problemas elementares, atitude de quem se julga incapaz de influenciar e de exigir o cumprimento de seus direitos, e de outro, é o medo de, ao tomar uma posição como cidadão em defesa de direitos elementares, ser punido ou arrumar problemas para si mesmo, tendo que se envolver com a polícia e a justiça.

Também identificamos esses receios nos informantes, quando reportam:

[...] Muitas vezes a gente não pratica o que é o certo pra não ter problemas no trabalho. Porto Walter.

[...] não tem um tratamento preferencial. A não ser que venha encaminhado por um chefe! Não questiono. Sou funcionário e vou fazer concordando ou não. Acho que essa pessoa deveria cumprir os mesmos caminhos dos demais. Plácido de Castro.

[...] Isso acontece muito! Vem das gerências: tal pessoa vem para ser atendido amanhã. A secretária do secretário de saúde, a empregada do secretário: porque não vem para a fila? Com isso a agenda não anda. Mas, que remédio? Mâncio Lima.

4.1.2 Formação e atuação profissional: (des) entendimentos sobre conceitos e práticas

4.1.2.1 Conteúdos da Formação

Formar é precisamente ajudar as pessoas a descobrir esse processo criativo de “aprender a” e ir atualizando-o nos diversos pilares. As pessoas nunca sairão prontas de nenhuma etapa formativa, mas adquirirão a atitude formativa para conduzi-la até o fim da vida. (LIBÂNIO, 2006).

Fazemos coro com Lacerda (2000) quando assevera ser o espaço pedagógico o foro da verdadeira formação e constituição da cidadania.

A formação em saúde, conforme defende Pedrosa (apud CASTRO; MALO, 2006), em se tratando de proposta de promoção à saúde, tem-se considerado uma proposição metodológica instrumental que se apóia nos pilares da amplitude e complexidade do conceito de saúde, a discussão envolvendo qualidade de vida, pressupondo que a solução dos problemas está, dentre outros, no potencial de mobilização, participação e autonomia da sociedade.

Dentro do processo formativo na área de saúde, o SUS defende como princípios orientadores:

flexibilidade/uso de metodologias ativas/integração das áreas básicas e profissionalizantes/educação voltada aos problemas da sociedade/avaliação formativa/orientados para contribuir no processo de construção do SUS/pautados nos princípios do SUS/necessidade de transformar as práticas e de reorganizar a atenção à saúde de forma a focar a integralidade como princípio orientador para essa mudança/ampliar o desenvolvimento da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais para que se tornem mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento e de vínculo com os usuários. (INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO...).

Integrar a formação ao serviço é ponto chave no processo defendido pelo SUS; porém, há muitos percalços ainda por serem vencidos; mas atender a proposta formativa do SUS requer a superação desses entraves ou no mínimo considerá-los, os quais nas palavras de (INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO...) englobam:

[...] trabalhar com as resistências/apropriação restrita do conceito de Atenção Básica em Saúde/supervalorização da especialização/processo lento de envolvimento dos docentes/grande volume de estudantes e a limitação dos cenários de prática/revisão da prática docente/falta de professores/profissionais para o acompanhamento nos cenários de prática/dificuldade dos profissionais do cenário acompanhar o processo de educação permanente fora do espaço de serviço.

Seguindo em busca do itinerário formativo pela ETSUS, consultou-se *a priori* o seu Projeto Político Pedagógico (PPP) para se entender o modelo da formação pretendida e a partir daí estabelecer o comparativo com os planos dos cursos Técnico em Análises Clínicas, Técnico em Enfermagem e Técnico em Higiene Dental sob a ótica da inserção das bases científicas e tecnológicas em vigor nos cursos acima citados, na intenção de encontrar efetividade entre o proposto e o praticado, o não proposto embora praticado ou ainda o proposto e o não praticado.

Coube aí organizarmos uma busca, priorizando o achado de termos chaves nos planos dos cursos recortados para esta pesquisa, e também identificáveis no PPP, correlacionados ao direito à saúde, tema proposto neste trabalho. Desta forma, a busca contemplou os termos: SUS (conceitos, leis, princípios e diretrizes), direito à saúde, Reforma Sanitária, 8ª Conferência, ensino-serviço, conceito ampliado de saúde.

Como resultante do comparativo, as variáveis encontradas consideram que a formação ofertada trabalha acentuadamente a saúde que se pratica na realidade local; por este olhar, mesmo necessária, não há garantia efetiva de resposta referente a prática do modelo a ser perseguido em consonância com os princípios da equidade, universalidade e integralidade propostos pelo SUS, no que é pertinente ao desafio de romper com o modelo biologicista adotado na formação tradicional.

Os aspectos embrionários do SUS, como os movimentos e a reforma sanitária, 8ª Conferência Nacional, Legislação Orgânica da Saúde, a desconstrução do olhar unilateral que baliza o modelo biomédico em favor do modelo ampliado de saúde, por exemplo, foram identificados, embora este último não se explicita com a preponderância que lhe é requerida.

A grandiosidade do Sistema Nacional de Saúde comporta mais ações informativo-educativas (na forma de palestras, visitas técnicas, práticas com a coletividade, abordagens de outras realidades que não as circunscritas a cada curso em si, interdisciplinaridade, por exemplo) as quais não se encontram satisfatoriamente contempladas e mesmo quando referenciadas, o são de forma muito tímida.

A correlação pertinente ao direito à saúde com o processo histórico do país bem como a materialização dos princípios da equidade, integralidade e universalidade, além do praticado e referendado pelo senso comum, não foi claramente estabelecida.

Para o desenvolvimento dos cursos, o quantitativo que contempla o quadro docente, incluindo-se aí além dos mediadores da aprendizagem os preceptores de dispersões e estágios supervisionados, não se apresenta definido nem referenciado quanto à sua temporalidade; na prática, observa-se um corpo docente composto por profissionais na sua quase totalidade cedidos pelas Secretarias de Estado da Educação e de Saúde, assim como também da Secretaria Municipal de Educação; e aqueles docentes contratados o são de forma temporária e assim essa ETSUS experimenta um considerável grau de rotatividade dos profissionais em questão. Em conseqüência, tem-se um único mediador da aprendizagem conduzindo cada curso do início ao fim, além de constantes substituições destes profissionais, quando os mesmos galgam outra situação trabalhista fora da ETSUS.

Como se não bastasse, identificamos ainda que a maioria dos profissionais não consegue aplicar a proposta de formação definida pela ETSUS, que propõe o modelo reverso ao biologicista. Com isso, é comum os conflitos entre a formação (tradicional, tecnicista) adquirida pelos mediadores da aprendizagem que conduzem os cursos e o novo modelo da formação (por competências) a ser prestado aos profissionais educandos com foco nos pilares do saber, fazer e ser em conexão com valores e atitudes. Por este recorte, É premente a necessidade de se capacitar o já

graduado que vai conduzir o processo formativo de modo que o perfil deste dentro do modelo pedagógico adotado pela Escola se adéqüe ao processo ensino-aprendizagem em questão.

Sentimos ainda falta dos mecanismos que possam contribuir para o aperfeiçoamento do perfil dos profissionais formadores de forma a se materializar a construção do perfil profissional a que se pretende formar. Embora seja real a existência de dificuldades em se afinar a proposta formativa em discussão, também é real a necessidade de executar ações que respondam com coerência ao que se espera como resultante do processo de formação dos profissionais em saúde, experimentando o modelo por competências, onde podemos sugerir, dentre outras: a contratação de profissionais distintos para a mediação e para coordenação dos cursos, para a supervisão de dispersões e estágios, associando a isso a viabilização da colaboração de profissionais atuantes na saúde e da educação para compor seu corpo docente.

Embora se tenha identificado momentos de capacitações oferecidas aos profissionais envolvidos interna e externamente com o processo além da inserção da integração ensino-serviço, essas ações se configuram ainda de modo subliminar, pontual, uma vez que não são comuns aos cursos aqui referidos. Desta forma é interessante que se reposicione esses quesitos, de forma que os mesmos possam ser encontrados ao longo dos planos de curso e, inclusive, garanti-los de forma clara, extensiva aos demais cursos ofertados pela ETSUS, sem singularidades. No que tange à integração ensino-serviço, essa é uma exigência já regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 em seu Art. 14, quando estabelece a criação de comissões permanentes entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional.

A realidade para a qual aponta esse quadro desenhado, nos parece ser preciso mais agir para que se contemple aquilo que é definido como meta do SUS em prol da promoção da saúde congregando coerência com a formação ora discutida.

No momento em que se comparamos os *recortes* procurados e encontrados nos documentos consultados pertinentes ao direito à saúde com as abordagens resultantes dos posicionamentos registrados pelos pesquisados por ocasião da realização dos grupos focais adotados nesta pesquisa, foi possível estabelecer

reflexões a respeito da materialização do nexos entre o proposto oficialmente pela instituição com o reportado através das falas dos profissionais frutos da formação ofertada pela Escola. Na medida em que estabelecemos uma discussão para identificar o nexos em questão encontramos vertentes que superam, em algumas passagens, ao que encontramos registrado nos planos dos cursos. Talvez não se esteja registrando tudo o que se faz, embora possa se estar praticando além do informado, embora entendamos que os planos de curso devam espelhar os ensinamentos propostos.

Em se tratando de concepções do direito à saúde, a resultante da pesquisa contempla também uma bagagem prévia trazida pelos pesquisados que se soma ao proposto pelo processo formativo ora em questão; essa bagagem cultural é identificada a partir do estabelecimento da correlação feita pelos participantes com suas raízes históricas retratando aquilo que neles está internalizado, e entendemos que essa abordagem precisa estar garantida explicitamente nos planos de cursos da saúde no contexto desta discussão.

Em demonstrando entendimento próprio do que se consagra como correto e legal na consecução do direito à saúde, ao se apropriarem dos conhecimentos e poder de discussão propiciada pela formação, os técnicos pesquisados enquanto componentes da sociedade acreditam em possíveis intervenções que venham a garantir, no seguimento do processo, as mudanças necessárias. São expressões que refletem uma certa indignação por entenderem claramente que o propósito da atenção à saúde conforme desenhado pelo SUS não se efetiva e manifestam que

[...] toda a população tem direito a saúde. Quando nos calamos estamos sendo coniventes. Fica muita gente para ser consultada porque o médico sai, vai em casa, almoça;... o dentista, vai em casa jantar... e fica muita gente esperando; não atende. Acho que o direito à saúde não é respeitado. Nós que conhecemos e que estamos no dia-a-dia vendo o descaso com o público, deveríamos colocar a boca no trombone e fazer a nossa parte.
Jordão

[...] saúde também é educação. A saúde deve estar inserida na escola ...saiu do pré- escolar ou nas primeiras séries já deve ali estar tratando se saúde, conscientização de saúde aos pequenos cidadãos.
Feijó

É pertinente ressaltar que as conceituações externadas pelos participantes, acreditamos advirem do processo formativo, oficial, posto que se apresentam coerentes, bem reproduzidas verbalmente e alinhadas ao SUS legal, embora muitas vezes a prática aplicada seja referente ao SUS possível, a partir da realidade e do

cotidiano do serviço. As abordagens aqui recortadas contemplam a questão da humanização, da legislação, da cidadania, da qualidade técnica, do compromisso profissional e da formação, eixos que participam do contexto do direito à saúde, aos quais os técnicos estudados referem que

[...] na parte relacionada à humanização, no começo e na parte final do Curso, e também quando estávamos no estágio, levamos para a prática a humanização, o direito do cidadão e ali já estávamos praticando. Fazendo os procedimentos com outra visão. Era teoria e prática e cada momento desses, era maravilhoso!

Sena Madureira

[...] lá pra nós não existe diferença; no meu dia a dia... é cobrado isso a toda hora... tem os bons profissionais e os ruins né? Hoje em dia os pacientes estão mais bem informados; quando ele é mal tratado ele vai procurar os direitos deles... a gente sabe que eles têm e por isso a gente tem que tratá-los bem.

Santa Rosa

[...] Com a formação técnica conhecemos mais o SUS... estudamos a legislação. Éramos funcionários, mas não tínhamos acesso às informações; aprendemos, a saber, que somos funcionários públicos, estamos ali para amenizarmos a dor do nosso próximo; não sabíamos sobre os nossos direitos e nos cursos técnicos considero que aprendemos o mínimo com relação ao nosso espaço; inclusive a questão da ética, das práticas, isso ficou a desejar, mas os outros saberes foram bem enfatizados e contribuíram muito; até quando as pessoas estão reclamando temos algum argumento; e serviu para termos mais consciência do que é o SUS.

Plácido de Castro

[...] A formação que a escola me deu, me fez ficar mais humana! Quando sou procurada já não atendo mais com cara amarrada. A escola ensinou tratar bem os outros; tratou muito a humanização.

Mâncio Lima

[...] quando tenho que falar desta escola, fico emocionado; lembro os momentos que passei aqui... as discussões com os colegas na sala de aula, tudo visando o crescimento profissional, o crescimento de cidadania; aqui aprendi saúde, cidadania, deveres, direitos eu saí com certeza daqui desta escola, não o mesmo que entrei.

Assis Brasil

[...] foi muito bom... porque tanto a gente aprendeu nossos direitos, alguns que nós não sabíamos aprendemos mais; e também como ajudar as outras pessoas né, muito mais... a gente ajudava, mas não era tanto!

Feijó

[...] eu devo tudo a escola... a prática do trabalho de modo a contemplar o direito à saúde é que através do meu conhecimento eu pude conhecer o sistema de saúde que é o SUS que eu não conhecia... a gente leu muito e quem não aprendeu foi porque não quis mesmo, pois a escola ensinou direitinho... a gente tendo o conhecimento fica mais fácil de ajudar as pessoas tanto na forma profissional como na prática; fica tudo mais fácil!

Santa Rosa

4.1.2.2 As relações de poder: educandos *versus empowerment*

Embora os atores do processo em saúde ora pesquisados demonstrem a possibilidade de trabalhar, através dos seus conhecimentos, a intencionalidade de transcender ao discurso, dar vida ao verbalizado oficialmente e fazer valer aos tão propalados processos de participação e controle social, dentro inclusive do processo formativo de forma a ser responsivo ao proposto pelo SUS, não se pode alhear ao que diz respeito à cultura de formação tão *sui generis* de nosso povo. É uma cultura que forçosamente, se externa e se insere persistentemente no cotidiano do fazer saúde através da política da *amizade*. Nessa perspectiva, atingir com efetividade a execução das ações em saúde dando vida ao *empowerment* *poderá* de fato não ser tão de imediato, pois há que ser superadas também, além de toda uma condição de negação a que se submeteu os cidadãos brasileiros, as amarras da formação tradicional que insiste em dominar ainda fortemente as ações estabelecendo um gradiente marcante entre aquele que emite o saber (o que tudo sabe, o professor!) e aquele que nada sabe, o ser sem luz, como é definido etimologicamente o termo aluno.

Nessa linha, percebem-se alguns equívocos quando entendendo que resolver individualmente de acordo com o grau de relação de amizade a situação de um ou outro usuário, o trabalhador se acha executor da política do SUS no âmbito da promoção da saúde, repetidamente confundindo empoderamento com a realização dos *favores* que consegue por em prática.

Aos moldes do que defende a formação contextualizada no SUS, considerando a ampliação do conceito de saúde, o respeito ao agir integrado pautado nos saberes popular e técnico-científicos, respectivamente, do usuário e do trabalhador da saúde, o estabelecimento de um projeto sanitário comprometido com a equidade social, tem-se mais próximo do real a produção de sujeitos autônomos e solidários o que favorece a materialização do *empowerment*, *pois*

através do empoderamento, a Promoção à Saúde procura possibilitar aos indivíduos e coletivos um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades, sugerindo que estas ações devam ser realizadas em distintos *settings*, entre os quais a escola, o domicílio, o trabalho e os coletivos comunitários. (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

É pertinente referenciar que, no processo saúde-doença, a assistência à saúde se embute se um papel importante de tal forma que a implementação de práticas integrais e o fortalecimento de ações de promoção da saúde se consolidam como eixos fundamentais. Tornar possível tal proposição requer uma mudança de atitude dos profissionais de saúde advinda do reordenamento da atenção à saúde, a partir do compartilhamento de responsabilidades e parceria entre os participantes do processo, congregando usuários, profissionais, serviços e comunidade, ao ponto de ter um serviço coerente com a real necessidade do usuário, abolindo do processo a condição virtual que por vezes está instituída.

Mas, de que forma o técnico referenciado neste trabalho consegue atuar devidamente investido na condição de elemento solucionador como visto pela comunidade? Como responder dentro do serviço, pela resolubilidade que o usuário na posição externa deste, espera dele? É Nesse cenário incômodo que o profissional técnico deste estudo se posiciona, tendo em vista que a comunidade o reconhece integralmente capaz de solução, seu porta-voz frente ao serviço, enquanto este o ignora ou até nega tal proposição. Assim, a comunidade passa à condição de orfandade uma vez que sua escolha fora indeferida. Estabelece-se então uma situação pendular em que o técnico, essência desta pesquisa, na seqüência estabelecida que envolve comunidade – profissional de saúde – serviço, perde a posição central, idealizada como mediadora. Nesse momento, o serviço com sua autonomia indivisível inviabiliza, junto àquele, quaisquer práticas que absorvam um agir crítico e autônomo, desindexado do layout estereotipado ao agrado da gestão.

Enquanto esse profissional é legalmente reconhecido pela comunidade como potente e responsável solucionador de situações na ponta do serviço, e ele acredita nisto, vem o serviço e lhe sufoca nas decisões impedindo que, internamente, esse profissional consiga avançar; desta forma, sem a fluidez necessária, este não consegue responder no âmbito do serviço para o serviço, materializando-se assim um empoderamento capenga, que só funciona a partir do usuário até ele enquanto, deste ponto em diante, há o aniquilamento de suas ações; portanto, ao ser tolhido, o técnico em questão assume a condição de letra morta e se torna mero reproduzidor da fala institucionalizada, ao gosto da gestão, mesmo que tenha consciência das inconformidades no processo. Neste contexto, sua fala refere:

“[...] Muitas vezes a gente não pratica o que é o certo pra não ter problemas no trabalho.” Porto Walter; ou ainda, “[...] a gente ver a falha... a gente se cala.” Santa Rosa.

Dentro do que consideram estar dimensionada a implementação do *empowerment*, Rodrigues e Santos (2001) citando Herrenkohl, Judson e Heffner nos permite concordar com suas quatro dimensões e suas proposições:

- a) visão compartilhada – clareza;
- b) estrutura organizacional – equipe com divisão de responsabilidades;
- c) responsabilidade por conhecimento e aprendizagem – desafios, mudanças, para resolubilidade das ações;
- d) reconhecimento institucional dos funcionários e atenção para o que eles apontam – todos se assumem enquanto instituição.

De fato, ao adotar as proposições acima mencionadas, o Estado orchestra uma situação de conforto, pois, ao mesmo tempo em que propicia, aos olhos dos profissionais envolvidos, liberdade de ação, respeito e resposta aos espaços de conquistas incessantemente reivindicados, consegue para os serviços maior produtividade e resultados, sem se tornar explicitamente expropriador da força de trabalho, apesar do contexto final apontar para esta condição; e assim, disfarçada de sensatez, a condução da gestão transita exatamente rumo à consecução de maiores e melhores respostas pleiteadas pela gestão no que tange aos serviços de saúde, sem maiores embates. Não entendemos que esse modo de agir seja condenável, pois uma vez estando *bom para ambas as partes*, não há conflito a ser mediado; Porém, achamos pertinente explicitar essa lógica, tão clara, por onde caminha a gestão, de acordo com nosso ponto de vista. Os técnicos aqui pesquisados demonstram, portanto, reconhecer-se dentro do mundo do trabalho, acreditando que seu desempenho contribui para a consecução do direito à saúde do usuário do SUS.

Os técnicos de análises clínicas e os técnicos de enfermagem enxergam seu trabalho como importante e têm satisfação em sua atuação, ao tempo que asseveram uma condição de resolutivo e fundamental no processo multifacetado da atenção à saúde; sem perder de vista a condição de se reconhecerem num patamar superior (agora são técnicos formados!) com poderes legalmente constituídos para tal (são servidores públicos, com diploma de técnico, praticantes do discurso oficial e válido) em contraposição ao usuário que é leigo, portador de um discurso não

autorizado. Contextualizando esse recorte, os informantes desta pesquisa demonstram claramente a reprodução do padrão oficial quando assim se expressarem:

[...] na minha concepção o trabalho de laboratório é a fase de apoio ao analista porque ele (o técnico) é quem faz a coleta, processa o material e proporciona o andamento dos exames para que o analista faça a análise e dê o resultado do exame [...] porque ele é um apoio para o profissional que realiza os procedimentos de análises clínicas [...] o técnico faz tudo, da coleta à entrega dos exames. [...]. Na prefeitura eu realizo exames de baixa complexidade. Posso fazer uma leitura de BK.
Plácido de Castro

[...] Acho que o TAC é importante e faz um trabalho de grande responsabilidade, pois uma coleta mal feita influencia o resultado do exame do bioquímico. Trabalhamos desde a coleta até o registro dos resultados e entrega dos exames, na minha concepção é um trabalho de muita responsabilidade e que ainda tem muito a melhorar.
Jordão

[...] meu trabalho vai desde a recepção do paciente, coleta das amostras biológicas, encaminhamentos dessas amostras, manipulação das amostras até um padrão permitido por lei, por que como técnico de laboratório tenho minha limitação técnica a qual foi me instruída para isso, ou seja, tenho os limites legais para atuar [...].
Assis Brasil

[...] sou técnica de laboratório. Quando o paciente vai ao médico, ele faz um pedido de exames, ele procura um laboratório. Lá, há pessoas que orientam na realização desse exame [...] Orienta em alguns exames, se for coleta de sangue orienta como proceder, se tem que fazer jejum, se tem que fazer uma dieta no dia anterior da coleta, a partir das 18 horas para no próximo dia ser bem sucedido naquela coleta. Orienta a ele se tem outros exames que ele tem que levar. Depois daí tem todo aquele processo que só o técnico (ou auxiliar de laboratório) tem que fazer depois da coleta, antes de chegar ao bioquímico ou biomédico; há o encaminhamento dos exames para o bioquímico, até chegar naquele resultado total que é o laudo, [...] dentro do nosso limite de atuação, até o retorno desse exame concluído ao paciente, que vem buscá-lo numa data marcada.
Porto Walter

[...] acho que o trabalho de enfermagem é de muita responsabilidade, porque a gente cuida do paciente como um todo. A gente tem que fazer com que o paciente se sinta muito bem, se sinta seguro, se sinta acolhido, bem tratado. Se algum colega trata mal, parece que a doença dele se agrava; ele fica revoltado e a gente sabe que uma pessoa revoltada com o mundo sua cura é muito mais difícil. Nosso trabalho é de fundamental importância. Por isso que eu acho que a profissão técnica tem que ser qualificada mesmo!
Santa Rosa

Em abordagens que evidenciam o conhecimento do seu limite de ação, os técnicos ora referidos concordam em disponibilizar aos usuários as informações que

lhes são devidas, propiciando aos mesmos decidir sobre o que melhor lhe couber, entendendo que dessa forma o direito à saúde também está resguardado, pois verbalizam:

[...] quando as pessoas me procuram dizendo: sinto dores, será que é meu colesterol? Eu aconselho: vá ao médico. Ele que é a pessoa habilitada para te dizer o que você tem. As pessoas ficam meio assim, mas procuram o médico.
Plácido de Castro

[...] moro num ramal; e as pessoas pedem muito o remédio. Digo que só se pega se tiver a receita. Minha vizinha quando me ver é só para pedir medicação.
Mâncio Lima

Em relação aos técnicos em higiene dental mesmo sentindo que são elementos contribuintes junto à comunidade, não se sentem valorizados dentro do processo e entendem como importantes as ações circunscritas à boca, sem referir as outras dimensões do seu trabalho, e demonstram em tom queixoso:

[...] só faço ficha para atendimento agora! ...THD não pode trabalhar na boca do paciente, sem a presença do dentista. Enquanto que os técnicos de laboratório, por exemplo, podem tirar o sangue, como se diz “sacar (risos) o sangue”, a gente não pode! Até para tirar uma sutura da boca do paciente é só se o dentista estiver presente (tom de queixa)! ...Concordo... Passei no concurso da prefeitura e ate hoje não fomos chamados. Acho que esse concurso vai caducar e não fomos chamados. Acho que a sociedade não precisa do trabalho do THD.
Mâncio Lima

[...] sinto que o profissional de nível superior tem um preconceito muito grande com o técnico, pois poucos admitem o nosso trabalho; eles acham que era um trabalho que não deveria nem existir. Nosso curso THD não vai muito longe!
Sena Madureira

[...] eu acho importante, importantíssimo! Mas não somos valorizados, Os técnicos de saúde bucal não são valorizados! Por isso tem poucos técnicos atuando na área há poucos técnicos atuando na área mesmo. Não tem quase ninguém!
Feijó

Da mesma forma, a prática do micro poder que os mesmos se permitem efetivar, se externa a partir das várias falas, em sintonia ao contexto da condição de ser brasileiro oriundo do regime patriarcal, em que se estabelece a figura do que manda e a do que obedece, ou ainda aos moldes da lógica do *jeitinho brasileiro*, que tão bem ilustra Da Matta (1994), cuja intenção é eliminar as etapas burocráticas tão presentes, quando se opta por agir em obediência aos tramites legais.

[...] não tem um tratamento preferencial. A não ser que venha encaminhado por um chefe! Não questiono. Sou funcionário e vou fazer, concordando ou não.

Plácido de Castro

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 Da intenção à concretização: permitindo autonomia do ser crítico e reflexivo resultante da formação técnica – uma ação alinhada à consubstancialização do SUS

O estudo aqui realizado teve o propósito de identificar de que modo o direito à saúde se incorpora nas práticas dos profissionais de saúde de nível médio no SUS. Numa perspectiva geral, os resultados demonstram a consciência dos técnicos participantes desta pesquisa quanto ao real direito do usuário e se expressam com propriedade e fundamento reportando a legislação e os ensinamentos do SUS. No entanto, aspectos que vinculam à materialização do direito à saúde a pagamentos, a caridade (anti-direito) e ao *jeitinho brasileiro*, foram abstraídos de suas verbalizações, demonstrando que a questão histórica e formativa do nosso país se pereniza no contexto de vida e nas práticas de trabalho dos técnicos aqui referidos. Assim, embora a formação contemple o aspecto do saber-saber, saber-fazer e saber-ser, não há como ignorar a dimensão da subserviência, do *manda quem pode, obedece quem tem juízo* tão naturalizada no contexto experimentado no cotidiano dos sujeitos estudados.

Então, através da pesquisa, nos foi possível constatar,

- a) o descompasso entre o verbalizado e o praticado pelos técnicos;
- b) a concretização do SUS a partir do possível, a despeito do SUS legalmente definido;
- c) o impasse entre a formação a ser dada aos técnicos em consonância com o SUS, que considera a integralidade do ser, e a formação dos formadores que conduzem o processo formativo, cuja origem se estabelece no modelo de formação tradicional que aborda a fragmentação do ser.

Os achados de conceito *de saúde* advindos dos profissionais técnicos em saúde aqui estudados assumem proposições multifacetadas que perpassam por um entendimento amplo e social, definido a partir do discurso oficial, mas também caminham ao lado da lógica do usufruto do direito a saúde em resposta a pagamento, porque a prática assim expressa, (para os que podem;) e da caridade

(para os desvalidos), protagonizando a mescla de conceitos teóricos e concepções socialmente construídas que resvalam na prática aplicada no processo do trabalho em saúde.

O conceito de saúde que os participantes expressam engloba as condições de bem estar, moradia, estilo de vida, educação, considerando os princípios da *universalidade, equidade e integralidade* propostos pelo SUS demonstrando uma reprodução inequívoca do discurso oficial que lhes foi apresentado. Reportam ainda os conceitos de saúde alinhados ao âmbito legal, para dar seguimento com a questão do direito à saúde decorrente do que é convencionalmente conceituado por saúde.

Discutir conceito está bem entendido enquanto construção distinta de concepção? Conceito expressa uma idéia ou juízo de algo ou de alguém. Concepção se define a partir de construções de natureza essencialmente cognitiva que traduzem o sentido a que damos às coisas, abrangendo um contexto tanto individual que decorre de nossa experiência, quanto social quando se confronta as elaborações individuais com as das demais pessoas (PONTE, 1992). A partir desta interação aquiescemos às influências daquilo que habitualmente reconhecemos como aceito da mesma forma que sofremos interferências das representações sociais dominantes.

Na construção do saber, em que permeiam os elementos sociais, presencia-se uma interrelação das concepções com as práticas, de modo que

as concepções influenciam as práticas ,no sentido em que apontam caminhos, fundamentam decisões [...] por seu lado, as práticas, que são condicionadas por uma multiplicidade de factores, levam naturalmente à geração de concepções que com elas sejam compatíveis e que possam servir para as enquadrar conceptualmente. (PONTE, 1992).

É também verdade que se consegue extrair subliminarmente às falas, várias ações praticadas que se contradizem em momentos distintos, ao que os participantes colocaram de forma retórica, sem equívocos; são assim identificadas posições que defendem uma *universalidade* às avessas já que entendem uma divisão entre as pessoas na condição de abastados (pagantes) e na condição de necessitados (para as quais reportam um sentimento de caridade).

Além de sujeitos da pesquisa, estas pessoas comportam a posição de profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que acomodam papéis de membros

comuns da sociedade que, à semelhança dos demais, comungam do pensamento que é comum, a partir da cultura que é geral e que insere a todos.

Outra dimensão assumida por esses participantes é a de pessoa com a formação adquirida na ETSUS, com suas vaidades (legítimas) por representar uma fração da sociedade que fala em nome do Estado, através de sua atuação dentro do sistema; porém, ao mesmo tempo eles são pessoas que adotam uma prática a partir de uma gestão pré-estabelecida que padroniza atuações, por vezes desfocadas, em contradição com o que foi aprendido e internalizado a partir da formação oficial que o SUS avalizou; porém eles, por vezes, permanecem numa condição de *pro forma* e, por assim ser, impossibilitados de exercerem a prática reflexiva e crítica, temática central da formação em discussão. É importante que o sistema avance e ultrapasse o momento cômodo da intencionalidade em permitir ao profissional que desempenhe seu potencial de reflexão e criticidade e alicerce o momento de permissividade responsável para o desempenho de suas ações.

Há que se permitir a esses profissionais a reflexão, sem perder de vista a necessidade da tomada de consciência das limitações sociais, culturais e ideológicas componentes do processo, de modo a promover a integração entre a teoria e a prática.

A confusão entre direito à saúde e direito à assistência é comumente travada, à medida que a sociedade adota símbolos que nela estão fortemente arraigados e circunscritos, por exemplo, a primeiros socorros, exames e medicamentos; modelo este que os pesquisados reproduzem naturalmente, sem reflexões maiores. É necessário que se realinhe os conceitos com as concepções que esses profissionais, quase que constantemente, praticam sem guardar coerência do que dizem com o que fazem.

Porém, é a partir de seus conceitos, transformados ou não, concepções e práticas, que os profissionais realizam seu trabalho, contemplando a cultura social e local próprias; ao mesmo tempo, lhes é imputado pelos membros da sociedade, considerando legítima, a obrigatoriedade de respostas estreitamente ligadas ao pensamento esculpido sobre os moldes advindos do processo histórico que identifica o povo brasileiro; ainda que por este caminho, contraditório ao que fora oficialmente proposto pelo processo da formação, esses profissionais referem sua ação como sendo caracteristicamente ética, pois que a sociedade valida tais atos, de

acordo com o seu modo de viver, institucionalizado através dos costumes e mediado pela ação dos homens, a qual, nas palavras de Oliveira (2001), se ampara no costume e no uso.

Inseridos no âmbito de convivência, os profissionais em questão se deparam em seu ambiente ainda com segmentos que adotam a lógica da formação “tradicional”, que internaliza no indivíduo os conceitos pré-fabricados a serem perpetuados, o que provoca entendimentos conflitantes diante da formação integradora, de caráter inclusivo, que considera o saber latente das pessoas, presente na proposta formativa pertinente ao SUS. São profissionais, que a partir das várias formações oferecem diferentes olhares, que empreendem complementariedade ou disputa entre si, e adotam a realização de processos de acordo com o proposto pelo sistema, fragmentando o processo de trabalho que, acompanhado das ações não pactuadas entre os profissionais, resulta no esquecimento do usuário (ABRAHÃO; CASSAL, 2009).

Entram em cena, concomitantemente, as práticas materializadas a partir do serviço conforme delineados pelo sistema que caminha na proposta do continuísmo, que é próprio daquela formação, além de condutas preconceituosas e viciadas, que amputam os princípios deflagrados pelo SUS. A aplicação inequívoca da proposta formativa tradicional, que reflete a lógica do pronto para uso interfaciada pelo sistema, que considera o econômico social vigente, em que a sociedade reflete a sociedade, sem considerar as peculiaridades que atravessam segmentos e realidades individualizadas. Por essa lógica, entendemos a existência do conflito entre a proposta de formação das ETSUS - que acena ao profissional a oportunidade de refletir e criticar, propor e ser ouvido, validar seus saberes próprios no percurso dessa formação - e a prática trabalhada dentro daquele contexto tradicional, do qual descendem os formadores, defasado e entrecortado pelo aprendizado bancário, imutável e *exato* que, definitivamente, não combina com saúde, em qualquer de suas faces. Por assim ser, entendemos que se esteja atropelado ou até negando a política de Educação Permanente no instante em que não se efetiva sua implantação e não se defende a concretização das etapas de monitoramento e acompanhamento do processo ensino-aprendizagem, demonstrando a permanência da educação permanente na condição de discurso.

Considerar ofertar atenção à saúde com base em uma lógica enviesada ao proposto pelo SUS, apesar de lançar mão do discurso deste como pano de fundo, distancia a condição válida buscada pela consecução do direito à saúde. Subjacente a tudo isto há que se ter vontade política de trabalhar de fato a proposta do SUS, que delinea um profissional de saúde condicionado a agir e interagir, propor e participar, refletir e criticar, cujo chamado parece não estar sendo priorizado, pois a partir desta lógica os micro-poderes e as relações de poder estabelecidos seriam marcadamente comprometidos. Consagra-se o interesse em sair da teoria e concretizar este processo?

Enquanto se adia assumir o SUS em sua essência, conforme criado, seu layout sofre desconfigurações, com propostas paralelas, semi-aceitas, intencionalmente promotoras do desencontro entre a *oportunidade* de atuação do ser crítico/reflexivo que se discursa querer como fruto da formação SUS e o desenho do sistema mantenedor da condição de subserviência que revigora a cada momento o poder e suas relações.

Acreditar e adotar a proposta formativa do SUS, dando voz e vez aos atores aqui focalizados, que estão acoplados por um lado ao serviço e pelo outro à comunidade, razão de ser do profissional, é caminhar em harmonia com o SUS; podendo assumir tal espaço, certamente se consolidará na *pedra de toque* na caminhada para a consolidação do nosso Sistema Único de Saúde, que equivocadamente encontra seguidores que fazem uma leitura desvirtuada de sua essência, timbrada em sua conformação. Dentro desse contexto, concordamos que “educar pessoas conscientes de seu papel social, com percepção macro de seus problemas que afetam a humanidade, representa proporcionar a cada indivíduo a oportunidade de assumir e exercitar uma postura que alie, de modo simultâneo, despojamento e rebeldia” (AMÂNCIO FILHO, 2004).

Os resultados deste estudo nos remetem a enxergar que o direito à saúde no contexto do profissional de nível médio no SUS caminha em direção a sua materialização, a partir da fundamentação proposta pela formação do SUS, transcendendo ao saber técnico, aportando na mais valia da humanização, das atitudes e posturas ao tempo que extrapolando a leitura padronizada da legislação pertinente, transcende ao tecnicismo.

O modo que o técnico se vê fazendo parte do contexto, ora com capacidade de resolubilidade, a partir da confiança dada pelo usuário que o entende como ponte de acesso aos serviços de saúde, ora com impedimentos que são tecidos no âmago do serviço, construindo as ações do serviço para o serviço, torna esse técnico confuso em que por com alguns achados de ordem pragmática de modo que percorre do direito à saúde que conseguimos alcançar a partir da elaboração deste estudo em resposta ao que se procurou identificar. Diante dos achados, pudemos inferir que os técnicos em análises clínicas e enfermagem se dão conta do quão importante são na tríade serviço x usuário x exercício profissional, ao tempo que entendem ser a partir de suas práticas o início do processo que envolve a promoção, recuperação e reabilitação da saúde; em relação ao técnico em higiene dental, percebemos sua insatisfação por entenderem ser impotentes, sem nenhuma autonomia quanto à tomada de atitude, posto que o exercício suas ações, quando se dá, é somente a partir da intervenção, em momento principal, dos profissionais dentistas, reforçando uma dependência destes.

Em síntese, diríamos que à medida que se tem à disposição profissionais com discernimento para adotar um comportamento coerente com os objetivos institucionais, se estabelece certa tranquilidade à gestão, principalmente a de pessoas que, aos olhos de Bergue (2007) tem “a difícil missão de conduzir pessoas”. Além do mais, o sistema ao referenciar a formação proposta pelo SUS autonomizando seus profissionais, que absorveram a lógica do direito à saúde no âmbito do SUS, consolida uma importante fração que concorre para a realização no intento da materialização do direito à saúde. Direito este que transcende ao olhar reduzido da assistência integrada pelo simbolismo dimensionado no atendimento sistematizado ao exame/medicamento; defender o direito à saúde, pela ótica do contexto ampliado será um elo funcionante, quando valorizada for a formação, da extensa corrente que representa o Sistema Único de Saúde – SUS.

5.2 Limitações do estudo

As limitações sentidas na realização deste estudo transitaram pelo escasso quantitativo de trabalhos que abordam o tema do direito à saúde no contexto do profissional de saúde de nível médio. É pertinente também referir o tempo exíguo disponibilizado para um trabalho de mestrado, dentro do qual temos que responder às questões que nos levaram ao problema que motivou a elaboração da pesquisa. Em virtude desta última limitação, referimos que a impossibilidade da construção de maior número de grupos focais, visto que apenas dois grupos foram trabalhados, não nos permitiu maior adensamento do contexto; além do mais, a dificuldade de se conseguir a liberação desses profissionais do serviço, considerando que os recursos humanos em saúde sempre estão abaixo, ou no máximo no limite mínimo necessário às ações, remete a um desafio a ser superado.

5.3 Recomendações sugeridas

Em função dos resultados encontrados e das limitações apontadas neste estudo, podemos sugerir ações concretizadas nos âmbitos da formação profissional, da gestão do sistema, da relação profissional *versus* usuário e de novos estudos; Assim, sugerimos que:

- a) No âmbito da formação profissional – seja possível aos formadores uma atualização que os insira no propósito formativo do SUS, toda vez que a formação destes não estiver alinhada ao modelo pedagógico defendido pelo SUS; é importante também trabalhar a inserção da bioética, visto que tão inserida está no contexto do direito à saúde;
- b) No âmbito da gestão – se concretize a permissividade, sempre regulada pela responsabilidade, no que se refere à autonomia, o empowerment, o poder de criticidade e a reflexão dos profissionais pontuados nesta pesquisa; ainda, a viabilização da gestão quanto à permissão aos profissionais de participarem, sempre que indicados, nos espaços de pesquisa;

- c) No âmbito da relação profissional x usuário - que haja observância quanto ao contexto sócio-econômico-cultural em que se insere o usuário, a sintonia entre a troca de saberes, em que ambos possam aprender mutuamente, bem como a transposição do caráter informativo para o caráter educativo no processo saúde-doença;
- d) No âmbito de novos estudos - que se promovam pesquisas com abordagem do direito à saúde no contexto da bioética, a qual permeia todas as passagens do cotidiano e é tão relevante na consubstancialização do direito à saúde.

Enfim, a discussão da atenção à saúde, enquanto direito constitucionalmente garantido, remete à necessidade de combinarmos formação, educação, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, considerando o usuário, o profissional, o gestor e a política norteadora definida enquanto atores, cada qual no seu papel sem exclusão nenhuma, cuja leitura em conjunto se conforma na unidade da atenção.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; CASSAL, L. C. B. Caminhos para a integralidade na educação profissional técnica de nível médio em saúde. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 249-264, jul./out. 2009.

ACRE. Conselho Estadual de Educação. Resolução CEE/AC n. 379/2008, de 19 de setembro de 2008. Dispõe sobre a Educação Profissional Técnica de Nível Médio no âmbito do Sistema de Ensino do Estado do Acre, regulamenta o credenciamento e o recredenciamento de instituições, a autorização e o reconhecimento de cursos e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Acre**, Rio Branco, AC, 24 de agosto de 2009. Disponível em <http://www.diario.ac.gov.br/edicoes/DO10116_24082009.pdf>. Acesso em: 28 set. 2009.

AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **INTERFACE – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 375-80, mar.-ago. 2004.

ARRUDA, B. K. G. (Org). **A Educação Profissional em Saúde e a Realidade Social. Recife**: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Ministério da Saúde; 2001. (Série Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP, n. 1).

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. ed. rev. e atual. Lisboa: Edições 70 LDA, 2009. 281 p.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BERGUE, S. T. **Gestão de pessoas em organizações públicas**. 2. ed. rev. e atual. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.

BOBBIO, N. **O Positivismo Jurídico**: Lições de Filosofia do Direito. Tradução: Márcio Pugliese, Edson Bini, Carlos E. Rodrigues. São Paulo: Ícone, 1995.

BOBBIO, N. **A Era dos Direitos**. Tradução: Carlos Nelson Coutinho; Apresentação de Celso Lafer. 2. reimp. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BORGES, C. D.; SANTOS, M. A. Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 74-80, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, [200-]. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/index.html>>. Acesso em: 28 de nov. 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretário de Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, ed. Brasília: Copyright, 2007.

BRASIL. Decreto n. 5.154, de 23 de julho de 2004. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5154.htm>. Acesso em: 23 out. 2008.

BRASIL. Resolução CEE/CEB Nº 04/99 de 8 de dezembro de 1999. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 dez. 1999. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rceb04_99.pdf>. Acesso em: 23 out. 2008.

BRASIL. Decreto n. 2.208 de 17 de abril de 1997. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 abr. 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D2208.htm> Acesso em: 23 out. 2008.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 nov. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 out. 2008.

BRASIL. Lei n. 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 23 out. 2008.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm>. Acesso em: 23 out. 2008.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; PIERANTONI, C. R. (Org.). **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, 2006. 188 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cadernos_rh.pdf>.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 285-93, 1996.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, R. B. (Org.) **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 31-75.

CASTRO, A.; MALO, M. (Orgs.). **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

COTTA, R. M. M. et al. Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 278-286, 2007.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: CAMPOS, F.E.; TONON, L. M.; JÚNIOR, M. O. (Org.). **Caderno de Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 1996.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

CARVALHO, C. M. de A. **A desigualdade social**. 2007. Disponível em <<http://pt.shvoong.com/social-sciences/1619576-desigualdade-social/>>. Acesso em: 10 de nov. de 2008.

CARVALHO, J. M. de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2001.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2029-2040, dez. 2008. (Suplemento 2).

CONDUCTING FOCUS GROUP. The Community Toolbox, 2009. Disponível em: <http://ctb.ku.edu/tools/en/sub_section_main_1018.htm>. Acesso em: maio de 2009.

DALLARI, S. G. Direito sanitário. In: ARANHA, M. I. (Org.). **Coletânea de Textos: Série E. Legislação de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 39-61.

DALLARI, S. G. et al. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, dec. 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 fev. 2009.

DALLARI, S. G. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1995.

Da MATTA, R. **O que faz o brasil, Brasil?** 12. ed. São Paulo: Rocco, 2001.

Da MATTA, R. **Carnavais, malandros e heróis**. 1. ed. São Paulo: Rocco, 1994.

Da MATTA, R. et al. **Brasileiro: cidadão?** 1. ed. São Paulo: Cultura Ed. Ass., 1992.

DECLARAÇÃO universal do direitos humanos, 1948. Office of the High Commissioner for Human Rights. Disponível em: <<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/por.htm>>. Acesso em: 09 fev. 2009.

DECLARATION de droits de l' homme et du citoyen, 1789. Assemblée Nationale de France. Disponível em <<http://www.assemblee-nationale.fr/histoire/dudh/1789.asp>>. Acesso em: 09 fev. 2009.

DELGADO-GALLEGO, M. E.; VAZQUEZ, M. L. Percepciones de usuarios y líderes comunitarios sobre su capacidad para influenciar en la calidad de los servicios de salud: un estudio de casos de Colombia y Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jan. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev. 2009.

DESLANDES, S. F. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, C.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

DIAS, C. A. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Informação & Sociedade**, v. 10, n. 2, 2000. Disponível em <<http://www.ies.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/330/252>>. Acesso em: 28 out. 2008.

DUARTE, A. B. S. Grupo focal online e offline como técnica de coleta de dados. **Informação e Sociedade: estudos**. João Pessoa, v. 17, n. 1, p. 81-95, jan./abr. 2007. Disponível em <<http://www.ies.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/viewFile/487/627>>. Acesso em: 9 abr. 2008.

ESCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde**: aspectos conceituais. Brasília, DF: OPAS, 2001. Disponível em: <www.opas.org.br/servicos/arquivos>. Acesso em: fev 2009.

ESPADA, J. C. **Direitos Sociais de Cidadania**. Lisboa: Imprensa Nacional, 1997.

FERNANDES, A. V. M. Cidadania, democracia e cultura política: Brasil e Espanha em análise. In: VAIDERGORN, J. (Org.). **O direito a ter direitos**. Campinas, SP: Autores Associados, 2000. (Col. Polêmicas do nosso tempo).

FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D. Which empowerment, which Health Promotion? Conceptual convergences and divergences in preventive health practices. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jan. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2009.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. 1. ed. São Caetano do Sul: Yendis Ed., 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Coleção Leitura).

GARRAFA, V.; IBIAPINA, S.; COSTA, F. (Orgs.). **A bioética no século XXI**. Brasília: Ed. UNB, 2000.

GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde pública, bioética e equidade. *Bioética*, Brasília, v. 5, n. 1, p. 27-33, 1997.

GAUDENZ, I. P.; SCHRAMM, F. R. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em saúde pública. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, *on-line*, 2009.

GOHN, M. da G. M. **Teorias dos movimentos sociais**: paradigmas clássicos e contemporâneos. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, Salvador, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2003.

GRONDONA, M. **Os pensadores da liberdade**: de John Locke a Robert Nozick. Tradução: Ubiratan de Macedo. São Paulo: Mandarim, 2000.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 fev. 2009.

HUMENHUK, H. O direito à saúde no Brasil e a teoria dos direitos fundamentais. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 8, n. 227, 20 fev. 2004. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4839>>. Acesso em: 28 de nov. 2008.

HUNT, P.; KHOSLA, R. Acesso a medicamentos como um direito humano. **Revista internacional de direitos humanos: SUR**, São Paulo, v. 5, n. 8, jun. 2008.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun. 2001.

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: possibilidades de formação de um novo profissional de enfermagem. **Ministério da Saúde**. Pró-Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde e Curso de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto. Brasília: Disponível em: <http://www.prosaude.org/enf/resumo/USP_RP_ENF.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2009.

LACERDA, D. **Cidadania, participação e exclusão**: uma análise do grau de instrução no eleitorado brasileiro. Itajaí: Ed. UNIVALI, 2000.

LE GOFF, J. Documento/Monumento. In: **Enciclopédia Einaudi**: memória – história. Lisboa: Imprensa Nacional/Casa da Moeda. 1984. p. 11-50.

LEAL, R. G. (Org.). **Direitos sociais & políticas públicas**: desafios contemporâneos. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003. (Tomo 3).

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de Saúde**: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.

LEITE, S. N. Quê "promoção da saúde"? Discutindo propostas para a atuação do farmacêutico na promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1749-1750, dez. 2007.

LEITE, S. N.; MAFRA, I. R. R. **Que direito?** Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandatos judiciais em Santa Catarina. Itajaí: Univali, 2009.

LEITE, S. N.; SCHOR, N. Fitoterapia no Serviço de Saúde: significados para clientes e profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 69, p. 78-85. jan./abr. 2005.

LEOPARDI, M. T. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti; 2001.

LEOPARDI, M. T. et al. (Org.). **O Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-livros, 1999.

LIBÂNIO, J. B. **A Arte de formar-se**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2006.

LIMA, R. C. G. S. et al. Construção do direito a saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 18, n. 1, p.118-130, 2009.

LUCCHESI, P. T. R. (Coord.). **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

LUIZ, O. C. Direitos e equidade: princípios éticos para a saúde. **Arquivos médicos do ABC**, Santo André, v. 30, p. 69-75, 2005.

MACIEL-LIMA, S. M. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2008.

MAGALHÃES, P. M. R. O SUS. **Rede Humaniza SUS**, São Paulo, 2008. Disponível em <<http://redehumanizasus.net/node/2434>>. Acesso em: 10 out. 2008.

MARQUES, F. Sanitarista Giovani Berlinguer abre ano acadêmico e recebe título de doutor 'honoris causa'. **Agência Fiocruz de Notícias**, Rio de Janeiro, abr. 2007. Disponível em: <www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=796&sid=3>. Acesso em: 01 de nov. 2009.

MEDEIROS, J. E.; GUIMARÃES, C. F. (Orgs.). **Sementes do SUS**. Sapucaia do Sul: IBSaúde, 2007. (Série Técnica, v. 2).

MELLOUKI, M.; GAUTHIER, C. O professor e seu mandato de mediador, herdeiro, intérprete e crítico. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 537-571, maio/ago. 2004. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: abril de 2009.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. Contribuições da antropologia para pensar a saúde. In: CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. de. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2006, v. 1, p. 201-230.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. de. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-760, maio/jun. 2004.

O FEITIÇO de Águila. Direção: Richard Donner. Produção: Richard Donner e Lauren Shuler Donner. Intérpretes: Rutger Hauer; Michelle Pfeiffer; Alfred Molina; John Wood; Matthew Broderick e outros. Roteiro: Edward Khmara, Michael Thomas, Tom Makiewicz e David Webb Peoples. Música: Andrew Powell. Los Angeles: 20th Century Fox/Warner Bros, 1985. 1 DVD (117 min.), color. Baseado em estória de Edward Khmara.

OLIVEIRA, M. A. Cidadania no Brasil: elementos para uma análise geográfica. **Geographia**, Rio de Janeiro, ano 3, n. 6, jul./dez. 2001.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. D. Política e gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, 40, p. 73-8, 2006. Número especial.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Health in the Americas 2007**. Washington, D.C: Panamerican Health Organization, 2007.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PINSKY, J.; PINSKY, C. B. (Orgs.). **História da Cidadania**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2003.

PIOLA, S. F. Política Social e Direitos humanos – saúde. In: FAIAL, E.; DELGADO, G.; MILESI, R. (Orgs.) **Direitos humanos no Brasil**. São Paulo: Ed. Loyola, Brasil, 1994.

POLI NETO, P. A intersectorialidade na saúde. In: CUTOLO, L. R. A. (Orgs.). **Manual de Terapêutica: Assistência à Família**. 1. ed. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006.

POLIGNANO, M. V. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural**, Faculdade de Medicina/UFMG, 2001. 35 p. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>>. Acesso em: 19 de jan. 2008.

PONTE, J. P. Concepções dos professores de matemática e processos de formação. In: PONTE, J. P. (Ed.) **Educação matemática: temas de investigação**. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional, 1992.

PRATA, P. R. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 387-391, jul./set. 1994.

RIBEIRO, D. O povo brasileiro. In: FLICKINGER, H. G. (Org). **Entre a caridade, solidariedade e Cidadania**: História comparativa do serviço Social Brasil/Alemanha. São Paulo: Schwarcz, 2008.

ROCHA, A. A.; CHESTER, L. G. C. **Saúde Pública bases conceituais**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2008.

RODRIGUES, C. H. R.; SANTOS, F. C. A. *Empowerment*: ciclo de implementação, dimensões e tipologia. **Gestão & Produção**, v. 8, n. 3, p. 237-249, dez. 2001.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2009.

SANTANA, E. B. A saúde e o processo de globalização. **CMI Brasil**, 20 abr. 2004. Disponível em <<http://www.midiaindependente.org/pt/blue/2004/04/278179.shtml>>. Acesso em: 23 de jul. 2008.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed., 1. reimpr. São Paulo: USP, 2004.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 6. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. 5. ed. São Paulo: Nobel, 2000.

SELL, C. E. **Introdução à sociologia política**: política e sociedade na modernidade tardia. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

SEVERO, T. P.; FONSECA, A. D. da; GOMES, V. L. de O. **Pesquisa em enfermagem**: grupo focal como técnica de coleta de dados. Cidade: Editora, 2005.

SILVEIRA, A. F. et al. (Org.). **Cidadania e Participação social**. Porto Alegre: ABRAPSO, 1999.

SIMÃO, A. B. O uso de grupos focais em uma pesquisa sobre os comportamentos sexual, nupcial e reprodutivo: reflexões a partir de uma experiência prática. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 15., 2006, Caxambu. **Anais eletrônicos...** Caxambu: ABEP, 2006. Disponível em <http://www.abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao.php?caderno_id=504&nivel=2&texto_id=3028>. Acesso em: 23 jan. 2009.

TATAKIHARA, L. T. et al. Análise do projeto pedagógico de uma escola técnica em enfermagem. **Formação: estudos, reflexões e experiências em educação profissional na saúde**, Brasília, v. 3, n. 8, p. 69-78, mai./ago. 2003.

WENDHAUSEN, A. L. P. **O duplo sentido do controle social: (des)caminhos da participação em saúde**. Itajaí: Univali, 2002. 318 p.

ZERBETTO, S. R.; PEREIRA, M. A. O. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 fev. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Aceite de Orientação

Eu, **SILVANA NAIR LEITE CONTEZINI**, Professora da disciplina de Políticas Públicas Pesquisa do Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, concordo em orientar a dissertação de mestrado da aluna **ROSA MARIA DE SOUZA BARBOSA MORAIS**, tendo como tema: **A CONCEPÇÃO DE DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO DO PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.**

A mestranda está ciente das Normas para Elaboração do Projeto de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, bem como do Calendário de Atividades apresentado.

Itajaí, 11 de dezembro de 2008.

Prof^a. Dra. Silvana Nair Leite Contezini
Orientadora

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Com o intuito de colaborar livremente com a Pesquisa: “**A CONCEPÇÃO DE DIREITO À SAÚDE NO CONTEXTO DO PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS**” informo que a pesquisadora mestranda **Rosa Maria de Souza Barbosa Moraes**, sob a orientação da Prof^ª. Dra. Silvana Nair Leite, me esclareceu que o convite para participar desta pesquisa, compondo um grupo no total de 12 voluntários respectivamente profissionais técnicos de nível médio na área da saúde atualmente em atividade correspondente, formado pela ETSUS, no norte do Brasil, objetiva além da obtenção do título de **Mestre em Educação e Saúde e Gestão do Trabalho**, pela Universidade Vale do Itajaí, em Itajaí – Santa Catarina subsidiar as possíveis modificações necessárias nos currículos dos cursos técnicos da saúde, de forma articulada e a garantir a formação destes profissionais em consenso com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS. Estou ciente que caso deseje, a qualquer tempo, poderei me desligar desta pesquisa sem prejuízo de qualquer natureza, bem como ser atendido nos questionamentos que julgar pertinente saber. Dou ciência ainda que a minha participação nesta pesquisa não me acarretará nenhuma complicação legal, que todos os dados obtido são estritamente confidencial assim como não farei jus a qualquer forma de pagamento.

Obs: Em caso de dúvida, solicite os esclarecimentos necessários, antes de assinar.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Pesquisadora - Rosa Maria de Souza Barbosa Moraes
Rua K, quadra E, nº 185 – Conj. Procom, Vila Ivonete – Rio Branco/AC
(068) 3228 2643/(068) 8401 3613

Orientadora – Silvana Nair Leite Contezini
Av. Itaipava, 1225 – apto. 103, Itaipava – Itajaí/SC
(047) 3346 7754/(047) 3341 7582

APÊNDICE C - Roteiro de Grupo Focal

01. O que é o trabalho do técnico de análise clínicas/enfermagem/saúde bucal (de vocês) no SUS?
02. Qual o papel do TAC, THD e TEC junto à população?
03. Qual seu entendimento de saúde? Vocês vão colocar o que entendem sobre saúde.
04. Fora da instituição, na sua comunidade ou família, as pessoas costumam perguntar para vocês sobre questões de saúde? Quais e como você responde a estes questionamentos? (Por que assim: vocês enquanto técnicos lá na instituição cada um nos seus serviços técnicos é uma situação; Mas quando vocês chegam em casa, vão ao supermercado ou a uma reunião, e aí, enquanto comunidade, família ?)
05. Qual seu entendimento de “Direito à Saúde”?
06. Quem tem direito à saúde?
07. Se vocês estão em serviço e chega uma pessoa bem vestida, com a chave do carro no dedo, como vocês vêem esta situação?
08. Quem tem direito aos serviços do SUS ?
09. Quem tem direito a atendimento laboratorial, dentário e de enfermagem dentro do SUS?
10. Quais os atendimentos de saúde que a população tem direito ? Estamos falando de atendimento de laboratório, dentário, de enfermagem. Mas o SUS é somente isso?
11. Podemos visualizar o SUS dentro de supermercados, padarias, por exemplo?
12. Supondo que uma pessoa tem uma indicação de atendimento de laboratório, dentário ou de enfermagem que o SUS não contempla o que você encaminha?
13. Como a formação técnica ofertada pela ETSMMR contribuiu para a sua prática de trabalho de modo a contemplar o “Direito à Saúde” do cidadão?
14. Em que momento, durante o percurso de sua formação na ETSMMR, você conseguiu identificar que o “Direito à Saúde” foi contemplado?
15. Você consegue identificar em sua prática de trabalho a inserção dos princípios da equidade, integralidade e universalidade do SUS?

Em resposta às inquirições feitas, as colocações dos pesquisados ficaram muito direcionada ao olhar técnico, sendo pertinente intervir com provocações que pudessem dar visibilidade a outros aspectos que se faziam latentes nos participantes, abordando além do fazer técnico. Com efeito, entrou em discussão o modelo do “**posso ajudar**” semelhante àquele que se aplica nas instituições bancárias; surgiu fortemente o aspecto da associação entre situação financeira e ter saúde; tentou-se trazer à baila a discussão da atenção à saúde no que tange aos imigrantes; clarear a discussão no que se refere a territorialidade Assim, foram inseridas arguições referentes à:

APÊNDICE C1 - Arguições Inseridas ao Roteiro

Questão 1: Vocês conseguem ver seus trabalhos apenas dentro do laboratório/consultório/instituição de saúde? Vocês deveriam ter outra participação? A lei garante outras possibilidades de participação, ampliando a visão da mesma?

Questão 2: O **posso ajudar** é uma ação que passa por vocês?

Questão 3: Não ter dívidas, não ter problemas! Sem acabar com isso então, estaremos eternamente doentes?

Questão 4: vocês enquanto técnicos lá na instituição cada um nos seus serviços técnicos é uma situação; mas quando vocês chegam em casa, vão ao supermercado ou numa reunião, e aí, enquanto comunidade, família?)

Questão 7: se um boliviano, argentino ou outro estrangeiro, chegar para ser atendido?

Questão 8: 1- Se eu fui na casa de uma amiga, lá passei mal, mas eu não moro naquela área , então eu tenho que voltar para onde moro para ser atendida?

2- Mas se o cidadão não quis enfrentar a fila do posto, e por opção ele foi ao médico particular e somente na hora do exame ele quis ir ao serviço público; o estado garante, oferece mas ele não quer, por opção; E então?

Questão 13: Aqui na escola, durante a formação, em quais módulos do curso o direito a saúde foi discutido, por exemplo?

APÊNDICE D - Convite aos Participantes

Assunto: Pesquisa UNIVALI sobre Direito à Saúde - Convite para participar

Prezado (a)

Meu nome é **Rosa Maria de Souza Barbosa Morais**, e estou desenvolvendo uma pesquisa para elaboração de minha Dissertação de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, pela Universidade Vale do Itajaí-SC, em parceria com a UNESCO.

O estudo está relacionado à **Concepção do Direito à Saúde**.

A pesquisa tem caráter acadêmico-científica e objetiva analisar as concepções do princípio do direito à saúde na prática do profissional técnico de nível médio no Sistema Único de Saúde – SUS bem como analisar a eficácia da formação profissional proposta pela Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha – ETSMM, dentre outros.

Gostaria de contar com sua participação, em um encontro de Grupo Focal onde discutiremos o tema, a ser realizado na Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha (próximo à UNINORTE), na data de **29/04/2009 (quarta-feira) / 30/04/2009 (quinta-feira) às 15h00m**.

Em tempo, antecipo meus agradecimentos pela sua colaboração.

Cordialmente,

Rosa Maria de Souza Barbosa Morais

Coordenadora Técnica da Área de Análises da ETSMMR
Farmacêutica – Bioquímica pela Universidade Federal do Ceará
Especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP
Mestranda em Saúde e Gestão do Trabalho pela Universidade Vale do Itajaí – Itajaí/Santa Catarina
E-mail: rosamariamelo@ibest.com.br

Rio Branco/Acre – 2009

APÊNDICE E - Acesso dos Participantes

Assunto: autorização de acesso de participantes

Senhor (a) Gerente,

Solicito a V.Sa. autorização para que possa utilizar o espaço desta instituição com a finalidade de realização do grupo focal referente à pesquisa relacionada ao mestrado Saúde e Gestão do Trabalho – UNIVALI.

Atenciosamente,

Rosa Maria de Souza Barbosa Morais
Mestranda UNIVALI

APÊNDICE F - Liberação dos Participantes do Serviço

Assunto: solicitação de liberação de servidor

Senhor Gerente,

Solicitamos a V. Sa. liberação do funcionário desta instituição abaixo citado para que o mesmo possa participar de um grupo focal relativo à pesquisa da mestranda Rosa Maria de Souza Barbosa Morais a se realizar no dia às horas.

Atenciosamente,

Rosa Maria de Souza Barbosa Morais
Pesquisadora

A(o) Senhor (a)

.....
Gerente Geral

APÊNDICE G - Planejamento dos Grupos Focais (GF_s) I e II

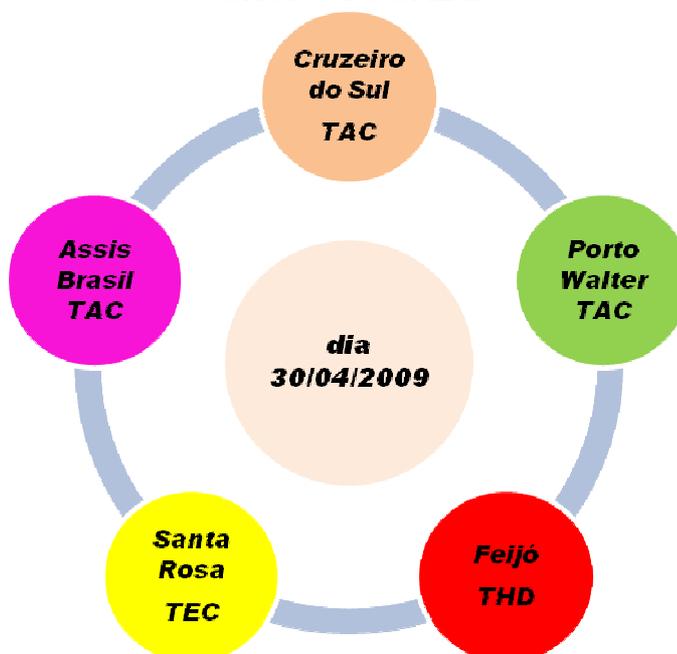
EVENTO		O QUE FAZER	QUEM
Grupo Focal 1 – (GT ₁)	Grupo Focal 2 – (GT ₂)		
29/04/2009 15h00min	30/04/2009 15h00min	15h – Recebimento dos Participantes;	Rosa e Leticia
Local – ETSUS		15h20min – A Distribuição dos crachás aos participantes da pesquisa;	Idem
Moderadora/Pesquisadora Rosa Maria de Souza Barbosa Morais		15h 30min - Apresentação do Projeto de Pesquisa;	Rosa
Observadoras		15h 45min – Apresentação dos participantes;	Grupo
		16h 10min – Início dos trabalhos do grupo focal;	
Marília Bezerra de Santana Macedo	Leticia Pinto Cezarotto	18h 10min - Término das atividades de grupo focal;	
Ailse		18h 15min – Coffee break	Rosa
		19h 00 – Encerramento do encontro	Rosa

APÊNDICE H - Distribuição dos Sujeitos por Grupo Focal

GRUPO FOCAL I



GRUPO FOCAL II



APÊNDICE I - Questionário Sócio-Informativo



Eu, _____ Nascimento ____/____/____

Natural do estado do (de) _____

Moro no Acre desde _____

Formação Técnica/ ETSMMR em _____

Ano de Formação Técnica/ETSMMR _____

Possuo outra formação em _____

Estou cursando outra formação em _____

Vinculação Religiosa _____ não possuo nenhuma vinculação religiosa

Moro sozinho (a) Moro com meu /minha companheiro (a)

Moro com meus familiares Tenho filhos

Tenho irmãos Não tenho irmãos

Desempenho algum tipo de atividade comunitária:

Em associação de classe

Em associação de moradores

Em conselho de classe

Em congregação religiosa

Política (_____)

Clube

Outros

Não desempenho atividade comunitária

Atuo (ei) no SUS, na área específica da formação técnica, do ano _____ até _____

Atuo(ei) no SUS, fora da área específica da formação técnica, do ano _____ até _____
setor de _____

Atualmente não trabalho no SUS

Nunca trabalhei no SUS

APÊNDICE J: Quadro *Status* de Participação

Sujeitos da Pesquisa							
Grupos Focais G1 e G2: respectivamente, dias 29 e 30/04/2009 às 15h30min							
ETSUS- Norte do Brasil							
NOME	NOME ADOTADO	IDADE	CONTATO 1	CONTATO 2	LOCAL DE TRABALHO	DIA	OBSERVAÇÃO
TAC – 2007							
	<i>Cruzeiro do Sul</i>	32			UNIMED	30.04.09	<i>confirmado</i>
	<i>Porto Walter</i>	42			LACEN	30.04.09	<i>confirmado</i>
	<i>Plácido de Castro</i>	33			HC/CAD	29.04.09	<i>confirmado</i>
	<i>Jordão</i>				HUERB/ag. transfusão	29.04.09	<i>confirmado</i>
	<i>Assis Brasil</i>	37			HUERB- C gestor/ CS – Vila Ivonete	30.04.09	<i>confirmado</i>
THD – 2007							
	<i>Feijó</i>	36			CS Cidade Nova	30.04.09	<i>confirmado</i>
	<i>Mâncio Lima</i>	36			CS Vila Ivonete	29.04.09	<i>confirmado</i>
	<i>Sena Madureira</i>						<i>confirmado</i>
TEC – 2007							
	<i>Santa Rosa</i>	43			Fundhacre – enf C e/ou D	30.04.09	<i>confirmado</i>

ANEXOS

ANEXO A - Carta de Autorização da Pesquisa

AO
SR. IRAILTON DE LIMA SOUSA
DIRETOR-PRESIDENTE DO INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO
PROFISSIONAL DOM MOACYR GRECHI
RIO BRANCO - ACRE

Senhor Diretor,

Eu, **ROSA MARIA DE SOUZA BARBOSA MORAIS**, servidora pública estadual, lotada neste Instituto desde agosto de 2007, período em que respondo pela Área Técnica em Análises Clínicas, venho por meio desta solicitar a Vossa Excelência autorização para uso de informações institucionais e uso do espaço da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha na realização da Pesquisa **A Concepção do Direito à Saúde no Contexto do Profissional de Nível Médio no Sistema Único de Saúde**, cujo objetivo geral é subsidiar o fortalecimento das diretrizes propostas pelo SUS partindo de um melhor posicionamento dos profissionais de nível médio formados pelos Cursos Técnicos oferecidos aos Trabalhadores em Saúde pela Escola Técnica em Saúde – ETSUS-AC.

A referida pesquisa é parte do **Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí-UNIVALI**, tendo como Orientadora a Professora Dra Silvana Nair Leite Contezini.

A coleta de dados se dará no âmbito da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha, através de Oficinas de Trabalho a serem realizadas em horário de expediente acordado com a Escola e terá como sujeitos da pesquisa os educandos e os profissionais que compõem a Área de Aprendizagem da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha.

Atenciosamente,

Rosa Maria de Souza Barbosa Morais
Aluna do Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI

Rio Branco-Acre, 30 de janeiro de 2009.

ANEXO B - Descritores

1 / 1	DeCS
	<p>Descritor <i>Inglês</i>: Right to Health</p> <p>Descritor <i>Espanhol</i>: Derecho a la Salud</p> <p>Descritor <i>Português</i>: Direito à Saúde</p> <p>Categoria: <u>SP9.020.010</u></p> <p>Definição <i>Português</i>: Um dos DIREITOS HUMANOS fundamentais assegurado na <u>CONSTITUIÇÃO</u>, que permite aos cidadãos exigirem do <u>ESTADO</u> as condições para que possam gozar de completo bem-estar físico, mental e social</p> <p>Qualificadores Permitidos <i>Português</i>: <u>história</u> <u>legislação & jurisprudência</u></p> <p>Número do Registro: 17627</p> <p><u>Ocorrência na BVS</u>:</p>

1 / 3	DeCS
	<p>Descritor <i>Inglês</i>: Curriculum</p> <p>Descritor <i>Espanhol</i>: Curriculum</p> <p>Descritor <i>Português</i>: Currículo</p> <p>Sinônimos <i>Português</i>: Curriculum</p> <p>Categoria: <u>102.158</u></p> <p>Definição <i>Português</i>: Conjunto de estudos e práticas destinadas a que o aluno desenvolva plenamente suas possibilidades (Dic de <u>la</u> Real Academia de <u>la</u> Lengua Española). As matérias constantes de um curso (Dic. Aurélio)</p> <p>Qualificadores Permitidos <i>Português</i>: <u>estatística & dados numéricos</u> <u>normas</u> <u>tendências</u></p> <p>Número do Registro: 3499</p> <p>Identificador Único: D003479</p>

1 / 1	DeCS
	<p>Descritor <i>Inglês</i>: Credentialing</p> <p>Descritor <i>Espanhol</i>: Habilitación Profesional</p> <p>Descritor <i>Português</i>: Credenciamento</p>

Sinônimos *Português*: Habilitação Profissional
Qualificação Profissional

Categoria: N03.706.110
N05.700.200
SP9.080.050

Definição *Português*: Reconhecimento da competência técnica ou profissional através de registros, certificados, licenciamento, admissão em sociedades ou associações, diplomas etc.

Nota de Indexação *Português*: reconhecimento de competência técnica ou profissional" através de várias medidas: veja definição

Qualificadores Permitidos <i>Português</i> :	<u>classificação</u>	<u>economia</u>
	<u>ética</u>	<u>história</u>
	<u>legislação & jurisprudência</u>	<u>organização & administração</u>
	<u>estatística & dados numéricos</u>	<u>normas</u>
	<u>tendências</u>	<u>utilização</u>

Número do Registro: 3424

Identificador Único: D003406

1 / 2

DeCS

Descritor *Inglês*: **Single Health System**

Descritor *Espanhol*: **Sistema Único de Salud**

Descritor *Português*: **Sistema Único de Saúde**

Sinônimos *Português*: SUS

Categoria: SP1.001.012.010.033
SP9.160.030

Definição *Português*: Conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos ou instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta das fundações mantidas pelo poder público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. (Lei 8080 de 19/set/1990 - Lei Orgânica da Saúde)

Qualificadores Permitidos <i>Português</i> :	<u>classificação</u>	<u>economia</u>
	<u>ética</u>	<u>história</u>
	<u>legislação & jurisprudência</u>	<u>organização & administração</u>
	<u>estatística & dados numéricos</u>	<u>normas</u>
	<u>tendências</u>	<u>utilização</u>

Número do Registro: 16771

DeCS

Descritor *Inglês*: **Allied Health Personnel**

Descritor *Espanhol*: **Técnicos Medios en Salud**

Descritor *Português*: **Pessoal Técnico de Saúde**

Sinônimos *Português*: Para-Medicina
Pessoal Para-Médico

Categoria: M01.526.485.067
N02.360.067
SH1.030.020.020.020

Definição *Português*: Pessoas que recebem treinamento formal ou em serviço para assistir profissionais de saúde altamente especializado como auxiliares de farmácia, auxiliares médicos etc

Qualificadores	CL classificação	EC economia
Permitidos <i>Português</i> :	ED educação	SN estatística & dados numéricos
	HI história	LJ legislação & jurisprudência
	ST normas	OG organização & administração
	SD provisão & distribuição	PX psicologia
	TD tendências	UT utilização
	ES ética	

Número do Registro: 490

Identificador Único: D000488

Ocorrência na BVS:	MEDLINE	2014
	MEDLINE_1966-1996	6950
	LILACS	267
	EQUIDAD	1
	ADOLEC	14
	BBO	2
	BDENF	35
	MedCarib	40
	PAHO	63
	WHOLIS	71
	DESASTRES	5

Similar: DeCS CID-10 SciELO LILACS LIS

ANEXO C - Parecer de aprovação da pesquisa – CEP UNIVALI/SC

**PARECER CONSUBSTANCIADO
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVALI**

Título do Projeto: "A Concepção de Direito à Saúde no Contexto do Profissional de Nível Médio no Sistema Único de Saúde — SUS"	
Orientadora: Dra. Silvana Nair Leite Contezini	
Acadêmica: Rosa Maria de Souza Barbosa Moraes	
Data do Parecer: 20/ 02/2009	Cadastro: 39/09
Grupo e Área Temática: III. Projeto fora das Áreas Temáticas Especiais	

Objetivos do Projeto
<p>Analisar as concepções do princípio à saúde na pratica profissional técnico em nível médio no SUS;</p> <p>Analisar a compreensão dos profissionais de nível técnico na materialização do direito à saúde nas suas experiências rotineiras;</p> <p>Construir um documento referencial para subsidiar o conteúdo que contemple a inserção, de fato e de direito, do princípio do direito à saúde na formação técnica em saúde.</p>

Resumo do Projeto

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequado
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Própria instituição
Outras instituições envolvidas	Não
Condições para realização	Adequadas
Comentários sobre os itens de Identificação	

Introdução	Adequada
Comentários sobre a Introdução	

Objetivos	Adequados
Comentários sobre os Objetivos	

Pacientes e Métodos	Situação
Delineamento	Adequado

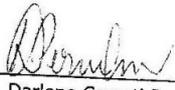
Tamanho da Amostra	Total - Local
Cálculo do tamanho da amostra	Adequado
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Critérios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco-benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza
Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Avaliação dos dados	Adequada - quantitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	Adequado
Adequação às Normas e Diretrizes	Sim
Comentários sobre os itens de Pacientes e Métodos	

Cronograma	
Data de início prevista	Adequado
Data de término prevista	
Orçamento	
Fonte de financiamento externa	Adequado
Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento	
Referências Bibliográficas	
Comentários sobre as Referências Bibliográficas	Adequadas

Parecer
APROVADO

Comentários Gerais sobre o Projeto

Relator: Membro CEP/UNIVALI


Profª. Darlene Camati Persuhn
Coordenadora CEP/UNIVALI

Goldim JR. Ética. Disponível em: URL: <http://www.bioetica.ufrgs.br/etica.htm> (20/12/2001).
Modificado por: Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)