

ANDRÉIA CORRÊA DA SILVA

**CRIANÇAS E ADOLESCENTES: DIREITOS E SAÚDE EM DILEMAS
CONSTANTES**

**TOLEDO
2008**

ANDRÉIA CORRÊA DA SILVA

**CRIANÇAS E ADOLESCENTES: DIREITOS E SAÚDE EM DILEMAS
CONSTANTES**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Serviço Social, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas da Universidade Estadual do
Oeste do Paraná, como requisito parcial à
obtenção do grau em Bacharel em Serviço
Social.**

Orientadora: Profa. Ms. Cleonilda S.T. Dallago

**TOLEDO
2008**

ANDRÉIA CORRÊA DA SILVA

**CRIANÇAS E ADOLESCENTES: DIREITOS E SAÚDE EM DILEMAS
CONSTANTES**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Serviço Social, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas da Universidade Estadual do
Oeste do Paraná, como requisito parcial à
obtenção do grau em Bacharel em Serviço
Social.**

BANCA EXAMINADORA

Profa Ms. Cleonilda S.T. Dallago
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof. Dr. Alfredo Aparecido Batista
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profa. Índia Nara Smaha
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Toledo, 10 de novembro de 2008.

Dedico este trabalho a toda minha família
principalmente, pai e mãe por me apoiarem,
e as meninas da “Republica Sem Nome”
Sá, Manú, Kel e Andressa
por me agüentarem durante esses quatro anos!

AGRADECIMENTOS

Cada etapa de nossa vida tem seus objetivos, dificuldades, surpresas e contratemplos. A cada início, pensamos no longo trajeto sem dar-nos conta da dualidade do término. Há quatro anos, tivemos um encontro eufórico, cheio de expectativas e incertezas. À medida que fomos vivenciando este tempo fomos acumulando vitórias que serão lembradas pela vida inteira. Sabíamos que era preciso caminhar e que esse caminho não seria fácil. Muitas vezes, os obstáculos pareciam intransponíveis, mas, mesmo assim, continuávamos a caminhar, munidas de coragem e com muita vontade de chegar. Às vezes, a caminhada era árdua e o desânimo nos abatia. Mas o incentivo que recebíamos nos fortalecia, tornando a caminhada agradável e tênue. Agora é chegada a hora de agradecer quem nos incentivou, quem esteve presente nessa trajetória.

Agradeço primeiramente aos meus pais, Ilda e Gercino, por tudo o que fizeram por mim. Pela vida que me deram, pelo exemplo de vida, de honestidade, de luta. Por todos os esforços que fizeram para que eu pudesse chegar até aqui, por todo o sacrifício a que se prestaram para me disponibilizar condições de permanecer esses quatro anos fora de casa. Pela compreensão nos momentos em que eu não soube compreender vocês...

A toda a minha família, pelo apoio que me deram: meus irmãos Adriana e Felipe, meus primos “malas” Agleson e Samara, e ao “um pouco sarna” tio João. Aos meus padrinhos Shirley e Bruno e a minha querida prima Carla. Em especial a tia Sirlei, que tanto me apoiou que nunca esqueceu de me ligar para saber como eu estava, por todas as conversas regadas a cervejinhas e risadas, que vararam a madrugada... isso me fez muito muito bem!

As minhas “irmãs” de lá... Minhas queridas amigas de Guaraniaçu! Lia, Bruna, Marci e Karlla. Por nossa amizade continuar sendo a mesma, mesmo com a distância conspirando contra nós. Pelas tardes de cachoeira, de pipocas, de “café colonial”! Por todas as sessões desabafos que nos proporcionamos umas as outras, pelos sonhos que sonhamos juntos e pelas conquistas já alcançadas. Amo muito vocês! Em especial a Lia, que se mostrou um exemplo de força e superação para mim nesse último ano...

A minha família daqui, Sá, Kel, Manú e Andressa.

A Manú e a Sá por me agüentarem desde o princípio, por me aceitarem para morar com vocês, por tudo o que passamos juntas, todas as dificuldades do nosso quadrado (kitnet) as surpresas (boas e más) da casa rosa, e os momentos “titanic” do apê... passamos por tudo isso juntas, e superamos tudo isso juntas...

A Kel por saber me compreender desde o iniciozinho de tudo, por ser a grande amiga que é... Por estar comigo nos meus momentos alegres ou tristes, por me acordar de pesadelos, por tudo! Valeu mesmo, sempre vou guardá-la na minha lembrança e no meu coração!

A Andressa, que agora sim posso chamar de amiga! Por ser a pessoa estressada que é, tornando a convivência conturbada, porém divertida!

A Manú... Amiga você é um exemplo de força pra mim... Mesmo com todas as dificuldades postas em seu caminho manteve-se perseverante no seu ideal, chegando até aqui! Você merece!

A minha maior companheira, amiga, irmã... Sá! Por todos os conselhos, ensinamentos, pelas experiências divididas, as risadas, as loucuras vividas juntas! Por me ensinar pegar ônibus, tirar extrato, e muitas outras coisas que mudaram a minha vida! Por me ajudar a me tornar uma pessoa melhor em algumas coisas e “pior em outras”... adoooooro! Ficam os sorrisos, as palavras, os desentendimentos, as críticas, os abraços. Ficam ainda o conhecimento, as novidades, as informações, as dificuldades, as alegrias e as tristezas. Fizemos parte uma da vida da outra durante esses anos e, aprendendo uma com a outra, aprendemos sobre nós mesmas. Compartilhamos momentos que sempre vão nos fazer lembrar o quanto foi bom estarmos juntas. Nossos caminhos se cruzaram e estes agora se separam, mas algo de especial ficou em cada memória, em cada coração.

A minha amiga Tais, pelas risadas e loucuras vividas juntas... Por me ouvir todas as vezes que eu estava mal, por sempre ter uma palavra boa pra me animar! Pela nossa amizade que resistiu a alguns contratempos... Mais que voltou com a mesma intensidade, força e cumplicidade! Amiga boa sorte nessa nova fase que se inicia, tudo vai dar certo, porque você é uma pessoa iluminada! Amo-te sempre!

Ao meu xuxu de coração, Mari, uma das pessoas mais meiga e querida que a faculdade me apresentou! Por sempre estar do meu lado, mesmo quando não podia! Amo-te também xuxu!

A minha grande amiga Isa! Por ser louca assim como é, por me fazer rir, por acreditar em mim, por me agüentar nas minhas besteiras, por adorar as minhas bobagens! Por confiar tanto em mim, pelas horas e horas passadas juntas no msn, falando de nada, para se chegar em lugar nenhum!

A minha colega de estágio, e grande amiga Catia! Só com ela junto foi possível agüentar! Por tornar as tardes de estagio tão divertidas! Pela parceira que sempre foi! Pelas aventuras vividas juntas!

A Lidi, a pessoa mais espontânea e verdadeira que eu conheci nesses anos de facul! Ter a sua amizade me deixa muito feliz!

A Vivi amiga de um gênio difícil, porém um coração enorme! Pelos momentos de descontração que repartimos, pelo carinho que sempre teve comigo.

A Jú, pelas angústias divididas, e as alegrias compartilhadas, e pela sua doçura sempre!

A “turma do fundão”, Ademir, Lú, e todas as pessoas acima citadas! Só com vocês pra aula ficar divertida e suportável!

Ao Alemão, vulgo professor, Fernando ou Angst! Muito parceiro sempre! Pelos bailões proporcionados, festinhas e passeios noturnos por lugares não muito bem freqüentados. Você é a Sá foram o casal mais bacana com qual eu convivi!

As minhas Assistentes Sociais preferidas, Luíze e Anna Débora! Vocês são um exemplo para mim, quero ser igual a vocês quando eu crescer! Pelas tantas dicas e ajuda que me deram.

A minha amiga Vania, que se mostrou tão presente e companheira em minha nos últimos tempos! Ter sua amizade me faz bem!

Aos meus amigos que me sempre me acompanharam, Vitor e Roney! Pessoinhas especiais das quais eu sempre lembrarei, Vitor o “agrônomo do Nike” sempre me deixando ao lado das novidades do mundo sertanejo, sempre com suas historias engraçadas. E Roney a pessoa mais pura de coração que conheço, por estar presente quatro anos de minha vida aqui em Toledo, por sempre ter me aconselhado, algumas vezes brigado, mas sempre com a melhor das intenções, por depositar sua confiança em mim, por acreditar no meu potencial desde o início... você é um irmão que o destino colocou no meu caminho

A todos os meus colegas de festas, do Empório, do Ticão, do Azul Banana e afins, por me proporcionarem momentos tão divertidos e únicos.

A minha supervisora de campo, Mari Colpo, pela paciência devotada a mim, pelas risadas, conversas, e por ser o exemplo de pessoa que é!

A minha querida orientadora, profa. Cléu! Profa., você merece o céu depois de uma orientanda como eu! Obrigado por acreditar no meu trabalho, por me incentivar, por ter paciência e boa vontade comigo, por me agüentar nos momentos de crise! Nesse processo de orientação descobri a pessoa maravilhosa que é, humana, dedicada, humilde. Que você faça o bem que me fez, a muitas outras orientandas ainda!

Aos professores do curso de Serviço Social, que contribuíram na minha formação profissional, e em especial alguns que contribuíram na minha formação pessoal. A profa. Índia Nara, pela paciência e bom humor que teve comigo nos últimos tempos...

A Martinha, a secretária do Serviço Social, por ser sempre tão solícita com a gente, e por ter tanta paciência .

A Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, pelo convívio com todos os funcionários que trabalham e colaboram com os acadêmicos em suas atividades no processo de construção do conhecimento.

E a todos que de uma forma ou outra, estiveram comigo nessa caminhada, m
muito OBRIGADO!

Mais do que de máquinas, precisamos de humanidade.
Mais do que inteligência, de afeição e doçura.
Sem essas virtudes, a vida será de violências e tudo será perdido.
(Charles Chaplin)

SILVA, Andréia Corrêa da. **Crianças e Adolescentes: Direitos e Saúde em dilemas constantes**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – *campus* – Toledo, 2008.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso – TCC tem como tema a efetivação dos direitos destinados a proteção das crianças e adolescentes usuários do Sistema único de Saúde no contexto sócio-ocupacional de atendimento do Hospital Bom Jesus no município de Toledo – Pr. Tal trabalho teve como objetivo geral apreender, compreender e analisar os direitos destinados à proteção da criança e dos adolescentes usuários do Sistema Único de Saúde, garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) especificamente o art.12, no contexto do atendimento do Hospital Bom Jesus. Para isso desenvolveu-se um histórico sobre a trajetória dos direitos, sua concepção e efetivação, sobre a política da saúde e a política da criança e do adolescente. A partir da compreensão feita desse contexto do surgimento dos direitos é que se deu a investigação e análise do objetivo proposto, que é apreender a efetivação de um direito explicitado no art. 12 do ECA, onde se afirma que “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de criança e adolescente” (ECA, 1990, art. 12). Os objetivos específicos que auxiliaram na realização da pesquisa foram os seguintes: Fundamentar teórica da concepção de direito social; o levantar a efetivação do acompanhamento junto aos internamentos de crianças e adolescentes usuários do SUS no Hospital Bom Jesus, Mantenedora HOESP; conhecer as condições de permanência do acompanhante nos internamentos e sua concepção de direito. A pesquisa foi desenvolvida em forma de entrevistas com os usuários do Sistema Único de Saúde do hospital. Após a coleta de dados, realizou-se a tabulação e o estudo dos mesmos, conseguindo-se após essa análise compreender-se qual a concepção de direito dos usuários do Sistema Único de Saúde, se esta sendo efetivado na instituição o direito ao acompanhamento e quais são as condições que são disponibilizadas para essa permanência.

Palavras chave: Direitos, Criança e adolescente, Saúde.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Sexo dos entrevistados.....	39
GRÁFICO 2 - Idade dos entrevistados.....	39
GRÁFICO 3 - Profissão dos entrevistados.....	40
GRÁFICO 4 - Situação trabalhista dos entrevistados.....	40
GRÁFICO 5 - Procedência do internamento.....	41
GRÁFICO 6 - Grau de parentesco com o paciente.....	41
GRÁFICO 7 - Se o estar como acompanhante afeta as relações familiares ou de trabalho.....	42

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internamento Hospitalar
ART.	Artigo
CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CF/88	Constituição Federal de 1988
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretaria Municipal de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretaria de Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HOESP	Associação Beneficente de Saúde do Oeste do Paraná
IAP's	Instituto de Aposentadorias e Pensões
NOAS	Normativa Operacional de Assistência a Saúde
NOB	Normativa Operacional Básica
ONU	Organização das Nações Unidas
PRONAICA	Programa Nacional de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná

SUMÁRIO

RESUMO.....	10
LISTA DE GRÁFICOS	11
LISTA DE SIGLAS.....	12
INTRODUÇÃO	14
1 PERCURSO HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	16
1.1 CONHECENDO OS CAMINHOS DA CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS.....	16
1.2. O DIREITO DA SAÚDE LEGITIMADO CONSTITUCIONALMENTE	21
1.3 HISTORIZAÇÃO E LEGITIMAÇÃO DA POLÍTICA DA CRIANÇA E ADOLESCENTE.	28
2 ESPAÇO DA EFETIVAÇÃO E LEGITIMAÇÃO DE DIREITOS: ESPAÇO DA PESQUISA EMPÍRICA	37
2.1 HOESP: CONTEXTUALIZAÇÃO E ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DO SERVIÇO SOCIAL.....	37
2.2 RELATO DA EXPERIÊNCIA DA PESQUISA E OS CAMINHOS METODOLÓGICOS.	40
2.3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA	42
2.3.1 Uma aproximação com os sujeitos da pesquisa	42
2.3.2 Concepção da relação de direito sob a ótica dos usuários	46
2.3.3 A efetivação do acompanhamento e as condições de permanência	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICES	63

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), constitui-se como exigência do processo de formação profissional, para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, com dimensão investigativa, fruto da prática do Estágio Supervisionado I e II, expressando a unidade entre investigação e intervenção profissional. Considerando que o TCC possibilita uma pesquisa sistemática e com exigências normativas e éticas, têm-se que a pesquisa é parte das atribuições profissionais do assistente social, explicitado no art. 5º, Inciso I, da Lei que Regulamenta a Profissão do Assistente Social, onde estabelece que: “Constituem atribuições privativas do Assistente Social: I – Coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social”.

Nesta experiência de estágio a oportunidade de conhecer o tema relacionado a esta investigação trouxe a definição do objeto a ser tratado, a efetivação dos direitos destinados a proteção da criança e adolescente usuários do Sistema único de Saúde no contexto de atendimento do Hospital Bom Jesus no município de Toledo – Pr.

Entende-se assim que é de fundamental importância compreender, discutir e avaliar como as relações de direito vem se colocando na sociedade capitalista, uma sociedade formada por duas classes que distintas – burguesia e proletariado - que lutam para firmar cada qual os seus interesses. Esse antagonismo nos interesses que proporcionam os embates políticos e sociais existentes na nossa sociedade, pois enquanto a classe trabalhadora luta pela conquista de seus direitos e para a sua efetivação, através de sua organização, a classe burguesa luta pela manutenção da ordem vigente, onde os direitos dos trabalhadores são poucos e fragmentados.

No decorrer deste processo, através da observação, surgiu o seguinte questionamento: ocorre na instituição a efetivação do direito da criança e do adolescente prevista no art. 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente? Neste sentido, definiu-se como objetivo geral apreender, compreender e analisar os direitos destinados à proteção da criança e dos adolescentes usuários do Sistema Único de Saúde, garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente especificamente o art.12, no contexto do atendimento do Hospital Bom Jesus, Mantenedora HOESP de Toledo/PR.

Os objetivos específicos que auxiliaram na realização da pesquisa foram os seguintes: Fundamentação teórica da concepção de direito social; o levantamento da efetivação do acompanhamento junto aos internamentos de crianças e adolescentes usuários

do SUS no Hospital Bom Jesus, Mantenedora HOESP; conhecer as condições de permanência do acompanhante nos internamentos; a compreensão junto ao acompanhante da sua concepção de direito.

O tipo de pesquisa escolhido, para alcançar os objetivos estabelecidos nesse Trabalho de Conclusão de Curso - TCC foi à pesquisa exploratória. As modalidades adotadas foram a pesquisa bibliográfica e a pesquisa de campo.

O presente trabalho será estruturado em dois capítulos, onde no primeiro capítulo buscou-se fundamentar o caminho percorrido na conquista dos direitos sociais, desde a sua concepção até a sua luta por efetivação. A formação dos direitos sociais que advém das conquistas do século XX que se deram através das manifestações dos trabalhadores organizados. Também, apresenta a apreensão da formação dos direitos referentes à saúde e a criança e adolescente, que foram conquistas advindas da organização da sociedade com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e suas regulamentações no ano de 1990.

No segundo capítulo trabalhou-se a contextualização do espaço sócio-ocupacional do Serviço Social, no Hospital Bom Jesus, fez-se um breve relato da experiência da pesquisa e apresentou-se a metodologia utilizada. Ainda neste capítulo foi realizada a apresentação e análise dos dados da pesquisa, análise esta que se subdividiu em três eixos de compreensão. No primeiro eixo delineou o perfil dos sujeitos da pesquisa, e no segundo eixo, se apresenta a análise da concepção de direito junto aos usuários e a análise da efetivação do acompanhamento e as condições de permanência oferecidas.

Por fim, as considerações finais, nas quais foram discutidas observações referentes ao resultado da pesquisa, pontuou-se os referenciais teóricos para elencar pontos de discussão que puderam contribuir para o aprendizado e aprofundamento do presente objeto de estudo.

1 PERCURSO HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.

Apresentar-se-á neste capítulo uma síntese para a compreensão do objeto de estudo deste trabalho de conclusão de curso que estuda a efetivação do direito da criança e do adolescente.

A primórdio buscou-se fundamentar a origem do direito, seu movimento histórico de conquista e efetivação, seu caminho do individual ao social. Seguidamente procurou-se contextualizar a Política Social da Saúde, historicizar seu movimento pela conquista da saúde com um direito universal. Por fim se discute a Política Social da Criança e do Adolescente, suas mudanças e em especial sua efetivação com as garantias na relação com a Política Social da Saúde.

1.1 CONHECENDO OS CAMINHOS DA CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS.

Para compreender e analisar as relações do direito foi elaborado um breve resgate histórico de sua origem. De acordo com Bobbio (1992) o fundamento de um direito advém de sua necessidade, de sua carência e a partir daí, o movimento que se dá para que este seja reconhecido pela sociedade e pelo estado responsável pela sua normatização.

Direito é uma construção histórica porque tem sua origem de uma necessidade humana determinada, localizada no tempo e no espaço, variável conforme a história da sociedade, através da disputa de seus diversos sujeitos e das prioridades que estes estabelecem; da época e da cultura presentes. Os direitos podem avançar, retroceder ou apontar novas dimensões.

Na história da formação das declarações de direitos, Bobbio (1992) afirma que pode-se distinguir pelo menos, três fases: na primeira as declarações nascem como teorias filosóficas, com a idéia que o homem é possuidor de direitos por natureza. Essa idéia é de formulação jusnaturalista¹ defendida por Locke *apud* Bobbio (1992), que afirma que o verdadeiro estado do homem é o estado natural, onde os homens são por natureza livres e

¹ Jusnaturalismo é uma doutrina segundo a qual existe e pode ser reconhecido um “direito natural”, ou seja, um sistema de normas de conduta inter-subjetiva, diverso do sistema constituído pelas normas fixadas pelo estado (direito positivo). Este direito natural tem validade em si, é anterior e superior ao direito positivo e, em caso de conflito, é ele que deve prevalecer. (Moreira, 2004, p. 15)

iguais. Bobbio (1992, p. 29) analisa que “Enquanto teorias filosóficas, as primeiras afirmações dos direitos do homem são pura e simplesmente as expressões de um pensamento individual”. Essa concepção individualista defende que primeiramente vem o indivíduo que tem valor em si mesmo, e depois vem o Estado que é formado pelos indivíduos.

A segunda fase da história da Declaração dos Direitos do Homem, segundo Bobbio (1992, p. 30) “[...] consiste, portanto, na passagem da teoria à prática, do direito somente pensado para o direito realizado”, ou seja, o direito vivido no dia-a-dia das relações sociais. Bobbio ainda afirma que (1992, p. 33) “[...] foram propugnados os direitos políticos, os quais [...] tiveram como consequência a participação cada vez mais ampla, generalizada e freqüente dos membros de uma comunidade no poder político [...]”.

A terceira fase inicia-se com a Declaração de 1948 na qual:

[...] a afirmação dos direitos é, ao mesmo tempo, universal e positiva: universal no sentido de que os destinatários dos princípios nela contidos não são mais apenas os cidadãos deste ou daquele Estado, mas são todos os homens; positiva no sentido de que põe em movimento um processo em cujo final os direitos do homem deverão ser não mais apenas proclamados ou apenas idealmente reconhecidos, porém efetivamente protegidos até mesmo contra o próprio Estado que os tenha violado. No final desse processo, os direitos do cidadão terão se transformado, realmente, positivamente, em direitos do homem. (BOBBIO, 1992, p. 30 - grifo do autor).

É a partir da Declaração Universal dos Direitos do Homem, que o indivíduo passa a ter consciência de seus direitos, segundo Bobbio (1992, p. 34) ela representa a “consciência histórica que a humanidade tem dos próprios valores fundamentais na segunda metade do século XX”. Com isso passa-se a organizar as relações sociais em busca da efetivação desses seus direitos.

Portanto, é somente com a maior participação dos membros da comunidade no poder político que se tem a proclamação os direitos sociais que “[...] expressam o amadurecimento de novas exigências, como os do bem-estar, igualdade não apenas formal, e que poderíamos chamar de liberdade *através* ou *por meio* do Estado”. (BOBBIO, 1992 p. 33 – grifo do autor). A exigência dos direitos sociais é advinda da rápida transformação da sociedade, onde os grupos excluídos, pelo agravamento das desigualdades, passaram a exigir direitos e melhores condições de trabalho.

Os direitos sociais – como à saúde, à previdência social, a condições especiais de trabalho para mulheres, a limites de horário de trabalho, a idade

mínima das crianças no trabalho e a horário de descanso e lazer, a serem assegurados pelo Estado – foram considerados fundamentais. Não se tratava apenas de enunciar esses direitos nos textos constitucionais, mas de prever mecanismos que assegurassem, aos trabalhadores, sua promoção efetiva, buscando a igualdade social. (SIMÕES, 2007, p. 66).

A concepção dos direitos sociais, em um contexto geral, começam a ser firmadas pela instituição do Estado Social, como Estado de Direito², e do Estado de Bem-Estar Social³. O Estado, constituído política e territorialmente pela idéia de nação, tornou-se soberano priorizando o interesse nacional em face dos demais Estados.

De acordo com Bobbio (1992) no Estado de direito, é onde cada homem traz uma parcela do direito coletivo e social, desfazendo-se da concepção jusnaturalista que até então vigorava, onde os direitos dos homens eram poucos e essenciais: direito a vida, a sobrevivência, a liberdade e a propriedade.

No Estado despótico, os indivíduos singulares só têm deveres e não direitos. No Estado absoluto, os indivíduos possuem, em relação ao soberano, direitos privados. No Estado de direito, o indivíduo tem, em face do Estado, não só direitos privados, mas também direitos públicos. O Estado de direito é o Estado dos cidadãos⁴. (BOBBIO, 1992, p.61).

Bobbio (1992) afirma que enquanto os direitos de liberdade nascem contra o poder do Estado, os direitos sociais necessitam para sua efetivação prática a ampliação dos poderes do Estado. Devem ser analisadas também para uma melhor efetivação dos direitos sociais, as diferenças existentes entre os diferentes grupos de indivíduos, pois “Só de modo genérico e

² Estado de Direito é um Estado cujo poder é regulamentado pela lei. Contrapõe-se a qualquer forma de Estado absoluto ou totalitário. É um Estado submetido ao controle de caráter jurídico. As características principais do Estado de direito, poderiam ser assim sintetizadas: o império da lei e a lei como expressão da vontade geral; a divisão dos poderes em legislativo, executivo e judiciário; a legalidade da administração, ou seja, a atuação conforme a lei e o controle judicial (sujeito à fiscalização e suas disposições); garantia suficiente e segurança jurídica para a realização dos chamados direitos e liberdades da pessoa humana. (DIAZ, 1972 *apud* SCHONS 1999, p. 104:105)

³ Estado de Bem-Estar Social define-se, pela responsabilidade do Estado pelo bem-estar dos seus membros. Trata-se de manter um padrão mínimo de vida para todos os cidadãos, como questão de direito social, por intermédio de um conjunto de serviços provisionados pelo Estado, em dinheiro ou em espécie. (SILVA, 2004, p. 56).

⁴ “O conceito de cidadania é amplo e abrange varias dimensões. Uma das mais importantes diz respeito àqueles que regulam os direitos e os deveres dos indivíduos (cidadania individual) e de grupos (cidadania coletiva) na sociedade. A cidadania individual remete aos direitos civis e políticos. [...] A cidadania individual pressupõe a liberdade e a autonomia dos indivíduos num sistema de mercado, de livre jogo de competição, em que todos sejam respeitados e tenham garantias mínimas para a livre manifestação de suas opiniões – basicamente pelo voto – e da auto-realização de duas potencialidades. A cidadania individual pressupõe ainda um ente mediador que atue como árbitro na sociedade e reponha, sempre que se fizer necessário, o lugar dos indivíduos no conjunto social. Esse ente é o Estado, o poder publico. Portanto, na cidadania individual, o que se destaca é a dimensão civil da luta pelos direitos civis e políticos”. (GOHN, 1995, p. 195)

retórico se pode afirmar que todos são iguais com relação aos três direitos sociais fundamentais (ao trabalho, à instrução e à saúde)” (Bobbio, 1992 p. 71). A igualdade e diferença têm uma importância diversa conforme estejam em questão direitos de liberdade ou direitos sociais. Os direitos, tanto os sociais, civis e políticos, tornaram-se universais, mas isso não significa que tenham sido usufruídos por toda a sociedade.

Essa universalidade (ou indistinção, ou não-indiscriminação) na atribuição e no eventual gozo dos direitos da liberdade não vale para os direitos sociais, e nem mesmo para os direitos políticos, diante dos quais os indivíduos são iguais só genericamente, mas não especificamente. Com relação aos direitos políticos e aos direitos sociais, existem diferenças de indivíduo para indivíduo, ou melhor, de grupos de indivíduos para grupos de indivíduos, diferenças que são até agora (e o são intrinsecamente) relevantes. (BOBBIO, 1992, p. 71).

No Brasil, a concepção de direitos, começa a ser idealizada a partir da Constituição de 1824, a Magna Carta, que se inspirava no constitucionalismo francês e era um instrumento de direitos individuais⁵. Em 1891, tem-se a primeira Constituição Republicana, inspirada na Constituição Americana, que legitimou amplos poderes aos Estados. A Constituição de 1934 foi inspirada na constituição alemã de 1919, na Constituição de 1934, os direitos sociais assumem um caráter meritocrático, ou seja, direitos sociais são para quem está inserido no mercado de trabalho. Os direitos à assistência social tinham cunho minimalista (mínimos sociais). Antes da Constituição de 1934, não existia a previsão de direitos sociais nas constituições brasileiras.

A Constituição de 1937 foi outorgada por Getúlio Vargas, fragilizou os direitos e liberdades individuais e foi considerada a Constituição de um Estado de não-direitos. A Constituição de 1946 restaurou e ampliou os direitos e garantias individuais e os direitos sociais. Foi proibido o trabalho noturno aos menores de 18 anos, estabeleceram-se o direito de greve, foi estipulado o salário mínimo capaz de atender as necessidades do trabalhador e de sua família, dentre outros demais direitos previstos.

A Constituição de 1967 trouxe inúmeros retrocessos. Ela entrou em vigor em 15 de março de 1967. Em 1969 sofreu uma reelaboração no seu texto. Essa Constituição continuou afirmando o Estado de não-direitos. Ela reduziu a idade mínima de permissão para

⁵ “A expressão direitos individuais traduz as reivindicações e certas liberdades sociais básicas cujo o gozo o cidadão tem o “direito” de ver assegurado por tribunais ou órgãos administrativos. A garantia dessas liberdades é o conteúdo básico do *status* de cidadão” (DICIONÁRIO DE CIÊNCIAS SOCIAIS)

o trabalho, para 12 anos; restringiu o direito de greve; acabou com a proibição de diferença de salários, por motivos de idade e de nacionalidade; restringiu a liberdade de opinião e de expressão; recuou no campo dos direitos sociais, etc.

Historicamente o Brasil viveu um longo período de Estado ditatorial com início em 1964 com permanência até 1985. Foi somente com o fim deste ciclo e as mudanças que foram possibilitadas que tivemos a elaboração de uma nova Constituição Federal, a qual foi aprovada no ano de 1988 e esta em vigor na atualidade. Portanto, a Constituição Federal do Brasil de 1988, veio ampliar e dar garantias à relação dos direitos. Em seu preâmbulo está disposto o seguinte:

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. (BRASIL, 2004 p. 5).

Houve um amplo mecanismo de participação popular na constituinte através de audiências públicas, sugestões e emendas populares. Os direitos sociais ganham destaque ocupando um capítulo específico, capítulo II. O artigo 6º especifica: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. (Constituição Federal, 1988, art. 6)

Os direitos que residem na Carta Constitucional de 1988, em sua maioria foram demandas sociais que se expressaram por meios de movimentos sociais e manifestam que estados de carências fossem atendidas como direitos pelo setor público.

Assim, a nova Constituição Federal do Brasil de 1988 destacou os direitos de cidadania política e juridicamente, fortaleceu o Estado como local de autonomia individual e de ação coletiva. Segundo Nogueira (2005, p. 15) “A sociedade civil foi valorizada e inserida no campo mesmo da gestão de políticas sociais via instituto da descentralização participativa [...] com isso conseguiu ampliar a confiança dos cidadãos no Estado”.

Neste contexto com a Constituição de 1988, ocorreu uma proliferação de direitos que passaram a ser reconhecidos, surgiram novos “[...] personagens como sujeitos de direito,

personagens antes desconhecidos [...]” (BOBBIO, 1992, p. 72), a mulher, o idoso, a criança e o adolescente, etc.

Dentre os direitos conquistados e garantidos tem-se a evidencia com relação ao direito a Saúde o qual procurar-se-á discutir no próximo item.

1.2. O DIREITO DA SAÚDE LEGITIMADO CONSTITUCIONALMENTE

O acesso a serviços de saúde no Brasil tem suas origens nas desigualdades existentes no início do século XX, onde a cura de doenças era realizada por instituições de caridade sustentadas por doações ou pela igreja. O Estado não participava dessa assistência.

Segundo Cohn (1995, p. 228) “[...] no Brasil, o acesso à assistência à saúde como um direito reconhecido das classes assalariadas (urbanas) foi sempre, desde suas origens, vinculado à Previdência Social”. Mas, nota-se que não somente a assistência medica era associada a esse seguro social, mas também a privatização desses serviços.

A Lei Elói Chaves⁶ de 1923 representa um marco no surgimento da Previdência Social Brasileira, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Através das CAPs algumas empresas passaram a oferecer aos seus funcionários assistência médica além de aposentadorias e pensões. A assistência médica curativa prestada pelas CAPs era financiada pelas empresas e seus empregados.

Segundo Bravo (2000) a medicina previdenciária surgiu com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) na década de 1930.

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública foi predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966. (BRAVO, 1991 *apud* BRAVO, 2000, p. 106- grifo do autor).

A política da saúde que iniciou seu processo de constituição desde a década de 1930, teve sua consolidação no período de 1945 a 1950 com a criação do Serviço Especial de

⁶ O Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, na verdade a conhecida Lei Elói Chaves (o autor do projeto respectivo), determinou a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados de cada empresa ferroviária. É considerada o ponto de partida, no Brasil, da Previdência Social propriamente dita. (PREVIDÊNCIA SOCIAL)

Saúde Pública, sob o patrocínio da Fundação Rockefeller⁷ e em convênio com órgãos do governo americano. Apesar da sua consolidação neste período, de 1945 a 1964, as condições de saúde da população não mostraram avanços, não conseguindo assim diminuir as elevadas taxas de mortalidade geral. O período de 1964 contribuiu para que “Os programas de saúde e educação desenvolvessem com base no privilegiamento do setor privado, reproduzindo na política as tendências da nova política implantada.” (BRAVO, 2000, p. 107). Nesse período ditatorial se teve um declínio na política da saúde pública e um aumento na medicina previdenciária.

De acordo com Bravo (2000) o bloco de poder que regia o aparelho estatal em 1964, ao decorrer de 10 anos de ditadura, não conseguiu que seu domínio fosse estabelecido, necessitando assim modificar sua estratégia com a sociedade civil.

A política nacional de saúde, nesse momento, enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde. (BRAVO, 2000, p. 108)

Apesar do estabelecimento, ainda de um regime militar, a partir da década de 1970, se tem o início no Brasil de reclames pela democracia, com a participação limitada e controlada da sociedade civil. Cohn (1995, p. 233) afirma que nesse processo de transição e luta pela democratização no país “[...] se organiza um movimento de mobilização pela conquista da saúde como um direito universal dos cidadãos e um dever do Estado”.

Bravo afirma que (2000, p. 109) “A saúde nessa década [1970] contou com a participação de novos sujeitos na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil”. A saúde passou a fazer parte de uma discussão democrática onde nesse movimento participaram profissionais da saúde, os partidos políticos de oposição

⁷ A Fundação Rockefeller foi criada em 1913, por iniciativa do milionário John D. Rockefeller, com o objetivo de implantar em vários países medidas sanitárias baseadas no modelo americano, com a prioridade de empreender o controle internacional da febre amarela e da malária. Sua atuação no Brasil começou a partir de 1916. (FIO CRUZ)

e os movimentos sociais urbanos, estudantes de medicina, professores universitários e outras entidades da sociedade civil.

Essa reestruturação do setor da saúde culminou com a proposta da Reforma Sanitária Brasileira. “O ideário da Reforma Sanitária consiste na proposta de um sistema de saúde único, fundamentalmente àquele, sob controle público, e descentralizado”. (COHN, 1995, p. 233).

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local, através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2000, p. 109).

Gerschman (1995, p. 42) afirma que a partir de 1983, o Movimento Sanitário aumentou a proposta de reformulação do Sistema de Saúde, “[...] com a ocupação de espaços nas instituições estatais da saúde, com o objetivo de produzir mudanças na política de saúde e na medida em que o próprio processo de transição à democracia o permitia”.

Pode-se alegar que foi meio ao processo de lutas e reivindicações por uma sociedade democrática e de conquistas de direitos que ocorreu a VIII Conferência Nacional da Saúde, realizada em Brasília em 1986, foi um marco, pois iniciou a discussão da saúde no âmbito da sociedade. “A questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária” (BRAVO, 2000, p. 109).

O projeto da Reforma Sanitária sustentou-se numa conceitualização da saúde ampliada, relacionada às condições gerais de vida, como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação, lazer. A saúde, neste sentido, é defendida como um **direito do cidadão** e, conseqüentemente, um **dever do Estado**. [...] Assim, as políticas de saúde encaminhadas pela proposta foram: a criação de um Sistema Único de Saúde com notável predomínio do setor público, a descentralização do sistema e a hierarquização das unidades de atenção à saúde, a participação e o controle da população na reorganização dos serviços e, por último, a readequação financeira do setor. (GERSCHMAN, 1995, p. 42 – grifo do autor).

A partir das discussões realizadas na VIII Conferência, e da implantação da Reforma, em 1987 originaram-se os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que tinha por objetivo contemplar os objetivos propostos pela Reforma, e efetivar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). “No entanto, a implementação do SUDS acabou decepada no que tinha de transformação substantiva do sistema de saúde, acontecendo somente algumas mudanças administrativas no setor”. (GERSCHMAN, 1995, p. 44).

É somente com a instituição da nova Carta Constitucional de 1988, que as propostas da Reforma Sanitária ganham espaço nas esferas de discussão. Segundo Cohn (1995) a Constituição Federal de 1988 apresenta progressos em relação ao sistema de proteção social no que se refere à universalidade, à equidade, à uniformidade e equivalência, à irredutibilidade, à diversidade e à descentralização. “Assim, o atual texto constitucional sela não mais um sistema de seguro social, mas de seguridade social, constituído por um conjunto integrado de ações assegurando os direitos relativos à Saúde, Assistência e Previdência Social”. (COHN, 1995, p. 29).

No Título VIII da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Da saúde, os artigos 196 a 200 foram dedicados exclusivamente à saúde, no artigo 196 consta que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2004, p. 50)

Nesse artigo fica explícito a saúde como um direito universal e dever do Estado, garante também a criação do SUS, um sistema descentralizado, acessível e democrático explicitando suas diretrizes e atribuições; e a abertura legal a iniciativa privada à assistência à saúde.

No início da década de 1990, as tentativas neoliberais para desmontar as Políticas Sociais, se evidenciavam no governo de Collor. “No ano e meio transcorrido da aprovação da Constituição até a assunção do Governo Collor, deu-se prosseguimento, com enormes dificuldades à descentralização da política da saúde”. (GERSCHMAN, 1995, p. 137). Isso ocorreu através do repasse aos Estados e Municípios a responsabilidade pelos serviços de saúde. Essa responsabilidade era repassada sem que os mesmos apresentassem condições gerenciais/financeiras para administrá-las.

Cohn (1995) afirma que apesar das conquistas consagradas na Constituição de 1988, não conseguiram enfraquecer a lógica de articulação entre o financiamento do sistema

de proteção social e o capital privado. Como resultado disso estabelece-se um “[...] sistema de seguridade [...] fraturado [...] que ao mesmo tempo em que universaliza os direitos sociais, segmenta os distintos setores da sociedade no acesso a benefícios e serviços”. (COHN, 1995, p. 234). O contexto histórico apontou que a política da saúde,

[...] regulamentou-se primeiro, em 1988, a Reforma Sanitária na Constituição Nacional e, posteriormente, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais, estabeleceram os princípios que norteiam o modelo de atenção e de organização dos serviços de saúde locais, segundo diretrizes da Constituição. O sistema descentralizado de saúde visava, de fato, integrar um Sistema Único de Saúde com cobertura universal, integralidade das ações, descentralizado, mas com a participação da comunidade através dos conselhos locais de saúde. (GERSCHMAN, 1995, p. 136).

Gerschman (1995) ressalta que a aprovação e a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) (Lei Federal 8.080/90⁸) só foi possível “[...] graças à articulação das forças políticas em prol da Reforma Sanitária, nucleadas na Plenária das Entidades de Saúde que [...] tiveram papel capital na aprovação do capítulo da saúde na Constituição Nacional” (GERSCHMAN, 1995, p. 137).

Logo após a aprovação desta Lei, segundo Gerschman, houve um veto feito pelo presidente da República, no que era referente à participação social, sistematizada nos conselhos⁹ e conferências, ao Plano de Carreira, Cargos e Salários, à transferência automática dos recursos da saúde para os Estados e Municípios, e também o que era referido à reestruturação do Ministério da Saúde.

Perante o veto do presidente novamente a pressão e a articulação da Plenária se fez presente, conseguindo do Congresso a apresentação de novo projeto de lei, aprovado em 28/12/90. A nova Lei – número 8142^[10] – sancionada na data de aprovação do projeto, dispôs sobre a realização das Conferências de Saúde e sobre as transferências automáticas para Estados e Municípios,

⁸ Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. (BRASIL, 2006, p. 168).

⁹ Os Conselhos Populares de Saúde surgiram a partir da unificação de movimentos reivindicatórios na área da saúde e do saneamento, atuantes desde a década de 1970. Na realidade, inicialmente eles abarcavam mais reivindicações na área do saneamento, relativos à falta de infra-estrutura urbana (água, esgoto, etc.). Apesar da representatividade dos conselhos, eles eram desprovidos de autonomia na gestão dos seus recursos e não tinham poder deliberativo, dificultando o desempenho de uma de suas tarefas básicas elementares: a da fiscalização. (GOHN, 2001, p. 77)

¹⁰ “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”. (BRASIL, 2006, p. 168).

tornando obrigatório: a criação dos Conselhos Estaduais/Municipais de Saúde e Fundos de Saúde; a programação e orçamentação; o relatório da gestão local; a contrapartida orçamentária de 10%; e a formação de uma comissão para elaboração de planos de carreira, cargos e salários. (GERSCHMAN, 1995, p. 138)

Como resposta do governo ao novo projeto de lei, Gerschman (1995, p. 138) afirma que “Em janeiro de 1991 estabeleceu-se a Normativa Operacional Básica Nº. 1 (NOB-SUS 01/91), do Ministério da Saúde, equivalente a um decreto de Poder Executivo, definindo os critérios de repasse de recursos para Estados e Municípios”. Em 1992, a Norma Operacional Básica Nº. 2 (NOB-SUS 01/92) “[...] acrescentou à anterior a adoção do critério populacional para o repasse dos recursos e agregou o repasse automático dos mesmos aos municípios que tivessem cumprido com as exigências constitucionais”. (GERSCHMAN, 1995, p. 139).

Em seqüência, em maio de 1993, estabeleceu-se a NOB-SUS 01/93, que tinha uma gestão incipiente, parcial e semiplena. A partir dela, desenvolve-se ações de vigilância e saúde do trabalhador, autoriza-se AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e procedimentos ambulatoriais. Em agosto de 1996 a NOB-SUS 01/96, com gestão plena da atenção básica e do sistema municipal. A NOB 96 é decorrente, sobretudo, da experiência ditada pela prática dos instrumentos operacionais anteriores - em especial da NOB 1993 - o que possibilitou o fortalecimento da crença na viabilidade e na importância do SUS para a saúde de cada um e de todos os brasileiros.

As Normas Operacionais Básicas são instrumentos utilizados de estratégias que reorientam a operacionalidade do Sistema, a partir da análise periódica de implantação e desempenho do SUS. Embora, o instrumento que formaliza a norma seja uma portaria do Ministério da Saúde, o seu conteúdo é definido de forma combinada entre o Ministério da Saúde e representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde¹¹ (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde¹² (CONASEMS).

¹¹ Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS - é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o direito público, constituída em 03 de fevereiro de 1982 com a finalidade de representar as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. (CONASS, 2005)

¹² O CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE designado, abreviadamente, neste Estatuto, pelo termo CONASEMS, é uma associação civil, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que tem por finalidade congregar as secretarias municipais de saúde ou órgão equivalente e seus respectivos secretários ou detentor de função equivalente para atuarem em prol do desenvolvimento da saúde pública, da universalidade e igualdade do acesso da população às ações e serviços de saúde, promovendo ações conjuntas que fortaleçam a descentralização política, administrativa e financeira do Sistema Único de Saúde - SUS. (CONASEMS, 2008)

A publicação da NOAS/SUS 01/01 é o resultado de um longo processo de negociação que envolveu o Ministério da Saúde, O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) com o objetivo de promover maior igualdade na colocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

Em 27 de fevereiro de 2002, aprovou-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002) que aumenta as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; institui o processo de regionalização como estratégia de ordenação dos serviços de saúde e de busca de maior igualdade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Nesse contexto de mudanças e conquistas de direitos, os profissionais que atuam com as políticas sociais são desafiados a conhecer, analisar e implementar a descentralização através da organização e da participação efetiva nos conselhos e conferências, pois é através destes mecanismos que a sociedade civil organizada passa a introduzir-se na institucionalidade do Estado e a “[...] inserir suas demandas, interferir nos modos em que a coisa pública é gerida e administrada, e exercer o controle social sobre as decisões que lhe dizem respeito” (RAICHELIS;WANDERLEY, 2004, p. 9).

O processo de descentralização que defendemos pressupõe a existência da democracia, da autonomia e da participação, categorias entendidas como medidas políticas, que passam pela redefinição das relações de poder. Isso implica a existência de um pluralismo, entendido como ação compartilhada do Estado, do mercado e da sociedade na provisão de bens e serviços que atendam às necessidades humanas básicas, onde o papel do Estado não seja minimizado em seu dever de garantir direitos aos cidadãos. (STEIN, 1997 *apud* JOVCHELOVITCH, 1998, p. 40).

Essas mudanças foram refletindo em vários segmentos da população fazendo com que a sociedade civil organizada buscasse pela efetiva implementação da política social da saúde, e que esta, contemplasse as demandas postas. Isso ocorreu não somente com a política social da saúde, mas com todos os segmentos das políticas sociais.

Em especial neste trabalho, tratar-se-á das influências da regulamentação da política social da saúde sobre a política nacional da criança e do adolescente, a partir da conquista dos direitos assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual será discutido e apresentado no próximo item.

1.3 HISTORIZAÇÃO E LEGITIMAÇÃO DA POLÍTICA DA CRIANÇA E ADOLESCENTE.

Na busca da compreensão da história e legitimação da política que rege os direitos da criança e do adolescente, parte-se do pressuposto que nem sempre tivemos uma clara percepção sobre a infância. A “descoberta da infância” faz parte de um movimento de entendimento da história. Foi no início do século XVI que o conceito sobre a criança e a infância começou a modificar-se. Segundo Bidarra e Oliveira (2007) até o início de século XVI, as crianças eram consideradas “pequenos adultos” e os seus pais tinham poder sob elas.

A descoberta da infância se deu por dois motivos: o reconhecimento da diferença entre a fase adulta e a infância, em relação à capacidade do indivíduo em conseguir por si próprio atuar na sua auto-proteção e auto-segurança; e o desenvolvimento da habilidade laborativa, o trabalho. Antes disso não era percebido que existiam diferenciações nos ciclos da vida, e que para cada ciclo deveriam ser oportunizadas condições diferentes.

Com a percepção dessas diferenças nos ciclos da vida a infância passa a ter uma valorização diferente, e com isso surgem os mecanismos que irão proporcionar aos indivíduos que estão dentro deste ciclo da infância as condições de segurança, proteção e desenvolvimento. Neste sentido,

Na medida em que a criança foi adquirindo o *status* de “pessoa”, também obteve gradualmente o direito à proteção e à autodeterminação. Esse movimento não ocorreu isoladamente, mas no bojo do movimento pela afirmação dos direitos humanos, cujo significado expressa um conjunto de direitos naturais inalienáveis, imprescritíveis e universais inerentes a todo ser humano. (BIDARRA; OLIVEIRA, 2007, p. 164-165).

Segundo as autoras citadas, os modelos de proteção foram formas de autorização para o exercício da dominação ilimitada da pessoa adulta sob a criança. Qualquer pessoa adulta estava autorizada a exercer uma dominação sobre a criança. Essa dominação era fundamentada nos recursos da violência. A infância era tratada de um modo marginal, discriminada, por causa da sua insuficiência, incompletude, gerando assim um olhar discriminatório da sociedade.

Os processos revolucionários do século XVIII¹³ vão colocar em evidência as necessidades de reconhecimento e de extensão da condição de cidadania¹⁴ para os outros

¹³ Conteúdo exposto em sala de aula, no Núcleo da Política da Criança e Adolescente e Política da Juventude, ministrada pela professora Dra. Zelimar Soares Bidarra, do curso de Serviço Social, Unioeste, campus Toledo.

sujeitos que não apenas os homens adultos e proprietários. Com esses processos houve a necessidade de se estenderem direitos à mulher, idoso e principalmente a criança enquanto sujeito e a infância enquanto fase de vida. Essa nova valorização vai mudar a percepção sobre a criança e a infância, deixando de ser aquela visão da criança incompleta, e isso vai ser importante para demarcar lugar nos espaços físicos, institucionais, familiares e da escola.

No século XIX, começa-se a sentir a necessidade de se formular mecanismos de proteção especial as crianças, reconhecendo-as como pessoas que tem direito a receber dos adultos a atenção da guarda ou da tutela.

Em relação à proteção especial sobre a infância e a adolescência, um caso emblemático ocorrido nos Estados Unidos, em 1874, marca o início das lutas pelo reconhecimento dos direitos deste segmento populacional. Mary Ellen, filha de imigrantes irlandeses, ficou órfã de pai e após três anos, sua mãe a entregou ao Departamento de Caridade de Nova York por não ter condições financeiras para sustentá-la. A criança foi entregue a um casal que falsamente se dizia parente da mesma e por seis anos foi objeto de maus tratos: ela era proibida de sair de casa, não tinha roupas para protegê-la do frio do inverno e nem cama para dormir. Mary Ellen tinha ferimentos e cicatrizes por todo o corpo, era forçada a trabalhos domésticos e apesar de ter nove anos na época da denuncia, tinha peso e altura de uma criança de cinco anos devido à desnutrição. Os vizinhos e a proprietária da casa onde a criança vivia com o casal tentaram intervir no caso sem sucesso. Desesperados, procuraram uma assistente social da Igreja Metodista que começou uma longa batalha para salvar a criança. A policia não podia fazer nada sem provas concretas de agressão; também não havia precedentes que autorizassem uma intervenção jurídico-estatal na vida privada da criança e da família que por ela era responsável. A única maneira encontrada foi processar os responsáveis pela criança com base na Lei de Proteção aos Animais, alegando que as crianças são membros do reino animal e deveriam ser protegidas pelo Estado contra os maus tratos de seus “proprietários”. (BIDARRA; OLIVEIRA, 2007, p. 165-166).

Com a repercussão do caso Mary Ellen, nos EUA, em 1874, deu-se a fundação da New York Society for the Prevention of Cruelty to Children¹⁵ que em seu primeiro ano investigou 300 casos de maus tratos e abusos contra crianças. Bidarra e Oliveira (2007) analisa que mesmo sendo o século XX o século de guerras pela emancipação econômica, civil, política do indivíduo, a condição de cidadania continuava sendo entendida como privilégio da vida adulta.

¹⁴ “[...] A cidadania, de acordo com a nova acepção ético-política proposta, consiste na universalização dos direitos sociais, políticos e civis, pré-requisitos estes fundamentais a sua realização”.(BONETTI, 2001, p. 186).

¹⁵ Sociedade para a Prevenção à Crueldade contra Crianças de Nova York.

Nesse sentido, no século XX, no interstício das grandes guerras mundiais, houve uma crescente preocupação com o bem-estar da criança, expressos em vários documentos internacionais declarações e convenções que objetivaram uniformizar a proteção de crianças de todos os países ligados às organizações internacionais e regionais. Em termos mundiais, importa saber que, a conquista de direitos humanos por crianças e jovens é ainda bastante recente. Afirma-se que dentre os inúmeros legados do século XX tem-se a enunciação do direito à dignidade humana como um atributo de qualquer fase geracional. (BIDARRA; OLIVEIRA, 2007, p. 166-167)

Mediante a todo esse contexto de reivindicações e mudanças, tem-se em 1919, após o término da Primeira Guerra Mundial, da criação a Organização internacional do Trabalho (OIT) com a finalidade de reorganizar as relações internacionais. Segundo Bidarra e Oliveira, (2007, p. 167) “[...] A idéia de uma legislação trabalhista internacional surgiu como resultado das reflexões éticas e econômicas sobre o custo humano da Revolução Industrial ocorrida ainda no século XIX.” Ainda em 1919 foi realizada a Conferência Internacional do Trabalho, que fixou a idade mínima de 14 anos para o ingresso no trabalho caracterizado como industrial. “[...] Esta pode ser considerada como a primeira proteção internacional ao bem-estar da criança.” (BIDARRA; OLIVEIRA, 2007, p. 167).

Porém, o primeiro documento de caráter amplo e universal relacionado a proteção à criança foi a Declaração de Genebra, de 1924, aprovada unanimemente pela Assembléia Geral da Liga das Nações e conhecida como a “Carta da Liga sobre a Criança”. Apesar de conter apenas cinco itens, ela trouxe avanços ao reconhecer “[...] que a Humanidade deve à criança o melhor que tem a dar, [...], acima e além de quaisquer considerações de raça, nacionalidade ou crença.” (DOLINGER, 2003, p. 82 *apud* BIDARRA; OLIVEIRA, 2007, p. 198 – grifo do autor.)

Após a Segunda Guerra Mundial sentiu-se a necessidade de voltar a falar em direitos humanos. As atrocidades ocorridas durante a Guerra resultantes das praticas nazistas “[...] especialmente em seus efeitos sobre a infância, a condição social da criança voltou a ser objeto de preocupação [...]” (BIDARRA; OLIVEIRA, 2007, p. 169). Como resultado disso, em 1948, Paris, foi elaborada e aprovada pela Assembléia da Organização das Nações Unidas (ONU) a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Bidarra e Oliveira (2007, p. 169) analisa que “[...] No seu artigo 24, a Declaração expressa as medidas de proteção aos direitos de toda Criança, sem qualquer tipo de discriminação, por parte da sua família, da sociedade e do Estado”.

Em 1959, a ONU aprovou a Declaração dos Direitos da Criança¹⁶ (Resolução n. 1386), reconhecendo especificamente os direitos da criança e conclamando os países signatários a esforçarem-se para que esses direitos fossem transformados em legislações pátrias, conforme os dez princípios basilares estabelecidos nesse Documento. O conteúdo dessa Declaração refletiu um verdadeiro desenvolvimento e gradual amadurecimento da Declaração Universal. Nela apresentou-se a questão dos direitos da criança como uma especificação da solução dada aos direitos do homem, pois devido à imaturidade física e intelectual, a criança necessita de proteção particular e de cuidados especiais. (BOBBIO, 1992, p. 34-35 *apud* BIDARRA; OLIVEIRA, 2007, p. 170).

No contexto brasileiro, as ações voltadas à proteção da criança, desenvolveram-se no início do século XX, no âmbito dos legisladores federais. Em 1927, entrou em vigor o primeiro Código de Menores do Brasil, o Código de Mello Mattos, “[...] Esta foi a primeira legislação voltada especificamente à ‘questão do menor¹⁷’ no Brasil e na América Latina”. (BIDARRA; OLIVEIRA, 2007, p. 168)

O Código de Menores foi a primeira ação reguladora da infância e juventude no Brasil, foi um documento que possuiu um caráter de penalização e não de proteção. Suas ações eram voltadas ao segmento da infância pobre, pois essa condição de pobreza simbolizava a criminalidade, estigmatizando a infância pobre, tornando esta, contrária à perspectiva de cidadania.

Após várias tentativas de revisão do Código de Menores, no Ano Internacional da Criança, 1979, foi promulgado o novo Código de Menores, onde foi pela primeira vez utilizado o conceito de “menor em situação irregular¹⁸”.

¹⁶ “Esta Declaração consta de dez direitos, cada um baseado em um princípio, resumidamente exposto a seguir: Direito à igualdade, sem distinção de raça, religião ou nacionalidade; Direito à especial proteção para o seu desenvolvimento físico, mental e social; Direito a um nome e uma nacionalidade; Direito à alimentação, moradia e assistência médica adequada para a criança e sua mãe; Direito à educação e a cuidados especiais para a criança física ou mentalmente deficiente; direito ao amor e à compreensão dos pais e da sociedade; Direito à educação gratuita e ao lazer infantil; Direito a ser socorrido em primeiro lugar, em caso de catástrofes; Direito a ser protegida contra o abandono e a exploração no trabalho; e Direito a crescer, dentro de um espírito de solidariedade, compreensão, amizade e justiça entre os povos” (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008).

¹⁷ “O termo ‘menor’ aqui usado se justifica conforme a legislação e a literatura da época, pois somente após a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990, é que passa a existir a definição, das terminologias ‘criança’ e ‘adolescente’”. (BIDARRA; OLIVEIRA, 2007, p. 168).

¹⁸ “O artigo 2º do Código de Menores de 1979 definiu expressamente o que considerava ‘menor em situação irregular’: eram aqueles privados de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória; vítimas de maus-tratos ou castigos imoderados impostos pelos pais ou responsáveis; em perigo moral, pois se encontravam, de modo habitual, em ambiente contrário aos bons costumes; privados de representação ou assistência legal, pela falta eventual dos pais ou dos responsáveis; com desvios de conduta, em virtude de inadaptação familiar ou comunitária; ou autores de infração penal.” (BRASIL. Lei n. 6.697, 1979 *apud* BIDARRA; OLIVEIRA, 2007, p. 171)

Em 1989 foi aprovada a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, contando com a participação de 191 Estados-partes e 54 artigos referentes aos direitos das crianças e adolescentes.

De modo sumariado, o Documento define como criança todo ser humano menor de 18 anos de idade e, em termos gerais, proíbe a discriminação das crianças e adolescentes por qualquer motivo e determina que os Estados-partes tomem medidas apropriadas para garantir que não haja qualquer critério discriminatório; estabelece a premissa de que seja considerado o melhor interesse da criança; obriga os Estados signatários a respeitar as responsabilidades, direitos e obrigações dos pais ou responsáveis em prover uma direção apropriada para o exercício dos direitos estabelecidos na Convenção; reafirma o direito a vida, ao registro de nascimento, nome e nacionalidade, a identidade, ao direito de convivência com seus pais, a liberdade de expressão e de informação, a liberdade de pensamento, consciência e religião, a proteção contra violências e abusos, a proteção contra a exploração econômica, a proteção contra drogas, dentre vários outros no rol dos direitos proclamados pela Convenção dos Direitos da Criança. (BIDARRA; OLIVEIRA, 2007, p. 173)

A década de 1980 foi importante no processo de reconhecimento do direito das crianças e adolescentes, tanto no cenário internacional, quanto no nacional. No cenário nacional, a década de 1980, foi marcada por transformações sociais e políticas. Os movimentos sociais organizados tiveram participação na elaboração da nova Constituição Federal do Brasil, em 1988, assim, esses setores da sociedade civil que eram ligados à realidade das crianças e adolescentes no Brasil, “[...] engajaram-se e integraram um movimento que gerou mobilizações de vários setores da sociedade, empenhados em consolidar uma nova política baseada na esfera da garantia de direitos para esse segmento populacional.” (BIDARRA; OLIVEIRA, 2007, p. 174).

A Carta Magna traz o artigo 227 um princípio relacionado ao direito das crianças e adolescentes:

Art. 227 – É dever da família, da sociedade e do Estado, assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 2004, p. 55)

A partir da Constituição de 1988 novas discussões começaram a surgir em torno da questão da criança e do adolescente. A sociedade organizada buscou mecanismos para efetivar e garantir os direitos que foram apontados na Constituição. Assim, as discussões e mobilizações resultaram na promulgação da Lei Federal nº 8.069 de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Diante de todas as discussões e mudanças legais pode-se argumentar que a partir do ECA, “[...] crianças e adolescentes passaram a ser considerados como pessoas em peculiar condição de desenvolvimento psicossocial, sujeitos de direitos e destinatários de proteção integral.” (BIDARRA; OLIVEIRA, 2007, p. 174). O ECA também estabelece pela primeira vez limites as ações do Estado, do Poder Judiciário, da polícia, das empresas privadas e dos pais ou responsáveis pelas crianças e adolescentes, através de uma operacionalidade jurídica, assistencial e institucional para as questões a elas referentes.

Segundo Gomes, Caetano e Jorge (2008, s/p) outros órgãos da sociedade civil organizada se mobilizaram para que as diretrizes propostas no ECA fossem implantadas “[...] o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA)¹⁹, o Programa Nacional de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (PRONAICA)²⁰, o Conselho da Comunidade Solidária e os Conselhos Tutelares²¹.”

Com a implantação do ECA, crianças e adolescentes passam a ser entendidos como sujeitos plenos de direitos, deixando de ser considerados propriedade de seus pais ou responsáveis. Assim, a criança e o adolescente passaram a ser prioridade no atendimento dos órgãos públicos e conseqüentemente na política da saúde essa garantia de direitos também é assegurada.

Assim, conhecendo melhor o ECA, pode-se apontar que seus capítulos e artigos tratam de políticas voltadas para a saúde, educação, adoção, tutela e questões direcionadas a criança e ao adolescente. O empenho na apreensão dos direitos da criança e do adolescente delinear-se-á em especial nesta pesquisa o Título II – Dos Direitos Fundamentais, onde em seu Capítulo I – Do Direito à Vida e à Saúde contempla oito artigos (art. 7 ao art. 14). Este capítulo vem garantir de forma sistemática e obrigatória as condições de proteção à vida e à

¹⁹ O CONANDA foi instituído pela Lei 8.242 de 12 de outubro de 1991 como uma das diretrizes da política de atendimento, e detem uma representatividade na esfera democrática de conduzir e institucionalizar o novo paradigma da Proteção Integral da Criança e do Adolescente. Sua finalidade é deliberar e controlar a política de promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente em nível federal. (CONANDA, 2008)

²⁰ O PRONAICA foi instituído pela lei nº 8.642 de 31 de março de 1993, com a finalidade de integrar e articular ações de apoio à criança e ao adolescente. (PRONAICA, 2008)

²¹ “O Conselho Tutelar previsto no art. 131 do ECA é o órgão permanente, autônomo, não-jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente” (CARVALHO, 2000, p. 193)

saúde da criança e do adolescente na busca de uma efetivação de uma política social a esse segmento, desde a sua concepção no ventre materno até a idade específica que a lei garante, ou seja, de 0 a 18 anos.

Mediante tais direitos, o artigo 12 do Estatuto garante a criança e ao adolescente o direito de ter um acompanhante quando do seu internamento, “Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (BRASIL, 2006, p. 78). Este artigo está fundamentado no princípio básico de que a hospitalização da criança e do adolescente é, antes de tudo, uma questão de direito e justiça social. Esta determinação estende às crianças e adolescentes internados em hospitais públicos e privados, dispõe que os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral do acompanhante.

Ainda segundo Gomes, Caetano e Jorge (2008), houve a necessidade de proteger o direito da criança dentro do hospital, em consequência disso, foram elaborados dois documentos específicos sobre esse assunto: A Carta da Criança Hospitalizada (que é europeia) e a Resolução 41/95 (que é brasileira). O primeiro foi elaborado em 1988 por varias associações europeias, e tem dez artigos que sintetizam os direitos das crianças hospitalizadas:

- 1- A admissão de uma criança no hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia.
- 2- Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.
- 3- Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho, devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário. Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem activamente na assistência à criança.
- 4- As crianças e os pais tem direito a receber informação sobre a doença e os respectivos tratamentos, adequada à idade e à sua compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito.
- 5- Deve evitar-se todo o exame ou tratamento que não seja indispensável. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.
- 6- As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas em grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limite de idade.
- 7- O hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança.
- 8- A equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.
- 9- A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança.
- 10- A

intimidade de cada criança deve ser respeitada. A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias. (CRIANÇA²², 2008)

Já no Brasil, a Sociedade Brasileira de Pediatria elaborou os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, que foi aprovado por unanimidade na 27^o Assembléia Ordinária do CONANDA, o segundo documento que se concretizou na Resolução 41 de 17 de outubro de 1995, elenca vinte itens que visam garantir os direitos das crianças hospitalizadas:

1-Direito a proteção, a vida e a saúde com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação. 2-Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa. 3- Direito de não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento da sua enfermidade. 4- Direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas. 5- Direito de não ser separada de sua mãe ao nascer. 6- Direito de receber aleitamento materno sem restrições. 7- Direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la. 8- Direito de ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico quando se fizer necessário. 9- Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do curriculum escolar durante sua permanência hospitalar. 10- Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida. 11- Direito a receber apoio espiritual/religioso, conforme a prática de sua família. 12- Direito de não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal. 13- Direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e/ou prevenção secundária e terciária. 14- Direito a proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos. 15- Direito ao respeito à sua integridade física, psíquica e moral. 16- Direito a preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais. 17- Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação de massa, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis ou a sua própria vontade, resguardando-se a ética. 18- Direito a confidência dos seus dados clínicos, bem como direito de tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na instituição pelo prazo estipulado em lei. 19- Direito a ter seus direitos constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente respeitados pelos hospitais integralmente. 20- Direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis. (CRIANÇA²³, 2008)

²² Disponível em: http://www.oncologiapediatria.org/index.php?/site/ver_artigo/172

²³ Disponível em: http://www.oncologiapediatria.org/index.php?/site/ver_artigo/172

Nesses documentos se evidencia a importância do direito ao acompanhante das crianças e adolescentes. Gomes, Caetano e Jorge (2008) analisam que “Esse direito é atendido pelas Instituições hospitalares, porém, até hoje, muitos hospitais não reservam uma acomodação e alimentação digna para o acompanhante.”. Argumento que retoma a velha discussão de que somente a garantia constitucional legal não garante a efetivação dos direitos, é necessário a ampliação de seu conhecimento, a reivindicação pela sua efetividade para que a lei seja cumprida

A partir da compreensão deste contexto do surgimento dos direitos até a constituição dos direitos sociais referentes à saúde da criança e do adolescente, foi possível a apreensão dos caminhos trilhados e conquistados por esse segmento. Mediante tais conhecimentos e compreensões procurar-se-á no próximo capítulo conhecer e analisar como o direito à saúde, em específico o direito de ter um acompanhante no internamento é efetivado no Hospital Bom Jesus, local da realização da pesquisa de campo.

2 ESPAÇO DA EFETIVAÇÃO E LEGITIMAÇÃO DE DIREITOS: ESPAÇO DA PESQUISA EMPÍRICA

O presente capítulo tratará da pesquisa de campo realizada no espaço sócio-ocupacional do Hospital Bom Jesus. Em um primeiro momento traz uma contextualização da instituição, mostrando sua formação, conquistas e sua firmação como instituição de atendimento a saúde.

Em seguida, faz-se um relato da experiência de como se desenvolveu a pesquisa, os caminhos metodológicos que foram utilizados. No ponto seguinte tem-se a apresentação e análise dos dados da pesquisa, dividida em três eixos: primeiro perfil dos sujeitos entrevistados, segundo a concepção da relação de direito e o terceiro fazendo a análise das condições de permanência do acompanhante.

2.1 HOESP: CONTEXTUALIZAÇÃO E ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DO SERVIÇO SOCIAL²⁴

De acordo com o contrato social a instituição, o Hospital Bom Jesus foi fundado na cidade de Toledo-Paraná, no dia 14 de setembro de 1971, no entanto a inauguração da então Casa de Saúde Bom Jesus se deu mais precisamente em 02 de fevereiro de 1971, designada Casa de Saúde, pois inicialmente tratava-se realmente de uma casa de madeira muito simples, que era de propriedade de um vereador da cidade, que num primeiro momento foi alugada, e com algum tempo foi adquirida pelos sócios fundadores.

Dr. Jorge Okano, e Dr. Torao Takada são sócios fundadores da Casa de Saúde Bom Jesus. O Hospital nasce de uma sociedade entre amigos, se firmando como instituição particular de atendimento a saúde permanecendo assim até meados da década de 1980 quando de acordo com o Dr. Torao, o primeiro convênio de saúde firmado pelo Hospital foi o Funrural atendendo a população da zona rural e INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) atendendo a população urbana, que hoje é o SUS (Sistema Único de Saúde).

Como no período em que surgiu o Hospital Bom Jesus a região estava sendo desbravada, os casos mais corriqueiros eram picadas de cobras, pessoas baleadas e esfaqueadas provenientes dos conflitos pela terra na região de São Pedro do Iguaçu, Luz Marina e São José das Palmeiras, entre outras. De acordo com os médicos fundadores, as

²⁴ Conteúdo retirado de Construções Aproximativas anteriores.

dificuldades enfrentadas no início foram a falta de recursos técnicos, financeiros e pessoal qualificado; além dos problemas do próprio país na época e da dificuldade de se investir na área da saúde, pois não tinha nenhum incentivo do governo.

Já no ano de 1972 iniciaram-se as ampliações na Casa de Saúde Bom Jesus. Hoje o Hospital é composto de 12.000 m² de edificações, 243 leitos e 275 funcionários entre especializados e serviços gerais, corpo clínico com 101 médicos e 25 especialistas.

Sendo que hoje a estrutura hospitalar é formada por 37 leitos cirúrgicos para o SUS, 57 leitos cirúrgico particulares, 18 leitos de obstetrícia para o SUS, 19 leitos de obstetrícia para outros convênios e particulares, 55 leitos da clínica médica para o SUS, 19 leitos da clínica médica para outros convênios e particulares, 55 leitos pediátricos para o SUS, e 63 leitos pediátricos para outros convênios e particulares, 6 leitos da UTI neonatal para o SUS, 3 leitos da UTI neonatal para particulares, 12 leitos da UTI geral e 5 leitos da UTI geral para particulares. Sendo que esta estrutura física encontra-se devidamente equipada.

A Casa de Saúde Bom Jesus permaneceu como instituição privada até a sua transformação em OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público) em 2004, quando passou a ser denominada de HOESP (Associação Beneficente do Oeste do Paraná). Em seu estatuto é definida como “entidade da organização de sociedade civil de interesse público, sem fins econômicos, de direito privado, com autonomia administrativa e financeira, regendo-se pelo seu estatuto e pela legislação que lhe for aplicável”. O Estatuto de Constituição da HOESP tem prazo indeterminado de duração.

Para alcançar seus objetivos, a HOESP poderá firmar convênios, contratos e termos de parceria e/ou cooperação com órgãos ou entidades públicas e privadas, nacionais e/ou estrangeiras. Atualmente, o hospital está conveniado com o Sistema Único de Saúde - SUS. Conta com os serviços de enfermagem, nutrição, serviço social, fisioterapia, fonoaudiologia, hemodiálise, laboratório de análises clínicas, endoscopia digestiva, UTI geral e neonatal, centro de imagens com raio x e tomógrafo, e pronto socorro 24horas. Além do SUS atende a diversos convênios particulares.

A inserção do Serviço Social na instituição se deu desde 1996, e atualmente conta com a assistente social que atua na instituição desde janeiro de 2003. O Serviço Social dentro da Instituição é responsável pelo acompanhamento de vários projetos, programas e cursos:

Curso Sensibilizando o Cuidador – tem como objetivo oferecer informações de como os familiares acompanhantes podem auxiliar da melhor maneira os pacientes hospitalizados. A execução está a cargo da equipe multidisciplinar com profissionais do Serviço Social, Enfermagem, Nutrição, Médicos e Psicólogos.

Projeto de prevenção à Hipertensão – “Olha a pressão Brasil!” tem como objetivo prevenir problemas decorrentes da hipertensão, através da verificação da pressão arterial e orientações sobre os cuidados e alimentação adequadas;

Curso para Casais Grávidos – tem como objetivo preparar os pais para a chegada do bebê, no aspecto psicológico, emocional, alimentar e social. Também requer o trabalho da equipe multidisciplinar;

Comitê da Alegria: visa proporcionar momentos de descontração e lazer para os pacientes internados na pediatria, contando com uma brinquedoteca.

Converse com sua família: doe órgãos e salve vidas: visa esclarecer e conscientizar através de palestras explicativas nas escolas as pessoas, sobre a doação de órgãos para transplantes, promovendo o dialogo entre as famílias sobre a importância do assunto.

As ações desenvolvidas pela assistente social têm um caráter emergencial, mas também de educação e informação em saúde, através dos projetos desenvolvidos. Busca-se prevenir através da conscientização e educação. O Serviço Social tem assim, um papel de mediador entre o usuário e o sistema.

Em janeiro de 2000 foi inaugurada a UTI neonatal, funcionando inicialmente com quatro leitos e atualmente seis leitos credenciados ao SUS. De 2001 a 2007 com o descredenciamento do Hospital Dall’Oglio, o Bom Jesus passou a ser o único hospital a atender pelo SUS em Toledo. Em 2003 participou de uma licitação pública, ganhando a concorrência para o atendimento aos usuários do SAS, antigo IPE, licitação essa que durou até o ano de 2008, quando perdeu a licitação para o Hospital Campagnolo.

No ano de 2006 o Hospital tornou-se captador de órgãos para transplante com o objetivo de proporcionar um aumento no número de doações para transplantes. Ainda no mesmo ano houve a implantação do Programa de Qualidade Total Vida Bom Jesus.

Em março de 2007 foi inaugurada o Banco de Leite Humano Dr. Jorge Nisiide, que tem fundamental colaboração do Rotary Club Toledo Lago, além de auxílio do governo do Estado e dos 18 municípios que englobam a 20ª Regional de Saúde. Objetivo é trabalhar com questões relacionadas ao aleitamento materno, bem como realizar controle de qualidade no leite humano retirado.

Em 2007 foi aprovada a implantação do CEONC, objetivando o atendimento de pacientes em tratamento quimioterápico em oncologia. Também a implantação de Estudo Hemodinâmico oferecendo assim aos seus pacientes todo o tratamento necessário relacionados a problemas cardíacos.

Hoje o Hospital Bom Jesus atende a 18 municípios que compõem a 20ª Regional de Saúde, Central de Leitos, estendendo o atendimento a mais de 350 mil habitantes.

A HOESP é uma OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - que está atuando na área de saúde, por isso está vinculada a diversas políticas sociais. As políticas sociais estão legitimadas pela Constituição ou por outras leis que as regulamentam ou organizam no seu funcionamento. Portanto, as políticas são de saúde, do idoso, da criança e do adolescente, da pessoa portadora de deficiência, da assistência e da humanização da saúde.

2.2 RELATO DA EXPERIÊNCIA DA PESQUISA E OS CAMINHOS METODOLÓGICOS.

Considerando que, o acesso à saúde é um direito de cidadania de caráter social/coletivo, que visa contribuir para garantir condições de igualdade entre as pessoas, acreditou-se na prioridade de implementar uma pesquisa no departamento de Serviço Social, do Hospital Bom Jesus Mantenedora HOESP, para discutir os direitos assegurados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), focalizando o art.12, na medida em que este artigo torna-se prioridade neste determinado espaço sócio ocupacional, em especial junto aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Minayo,

[...] pesquisa é a atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, [...] um problema da vida prática (MINAYO, 2002, p. 17- grifo da autora)

A escolha do local para se realizar esta pesquisa, justifica-se pela necessidade da efetivação dos Estágios Supervisionado em Serviço Social I e II, os quais foram desenvolvidos no Hospital Bom Jesus Mantenedora HOESP, além das leituras em torno do assunto.

O objetivo geral desse estudo consiste em apreender, compreender e analisar os direitos destinados à proteção da criança e dos adolescentes usuários do Sistema Único de Saúde, garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente especificamente o art.12, no contexto do atendimento do Hospital Bom Jesus, Mantenedora HOESP de Toledo/PR. Para

isso utilizou-se no procedimento investigativo a abordagem qualitativa, compreendida por Minayo como sendo, [...] aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, as relações, e as estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. (MINAYO, 2002, p. 10).

Nesta perspectiva de discussão acerca da efetivação dos direitos para a criança e o adolescente, se optou pelo estudo exploratório, visto que este estudo intensiona a busca do conhecimento tomando-a como um estudo inicial, uma aproximação com o objeto de estudo onde seu objetivo “consiste numa caracterização inicial do problema, de sua classificação [...], não tem por objetivo resolver de imediato um problema, mas tão somente, apanha-lo caracteriza-lo” (RUIZ, 1980, p.50)

Como técnica foi utilizada a entrevista com depoimentos orais que segundo Ferreira, (1994) é uma técnica que produz uma fonte de dados importantes, que possibilita uma melhor compreensão das estratégias de ação e das representações de grupos ou indivíduos em uma sociedade.

A delimitação do universo da pesquisa deu-se a partir do levantamento do número total de internamentos na pediatria do SUS. Esse levantamento só foi possível, pois o hospital possui um programa de informática onde ficam armazenados os dados de todos os internamentos, podendo-se pesquisar utilizando critérios como idade, sexo, endereço, etc.

A partir deste levantamento feito, constatou-se que o número de internações na pediatria variavam entre 9 (nove) e 12 (doze) diárias. Assim, optou-se em analisar o universo total, pois uma amostra limitaria muito as informações coletadas, pois seria um número reduzido. O critério de escolha para a realização da pesquisa, foi o de estar como acompanhante das crianças e/ou adolescentes que estivessem na ala pediátrica do SUS.

As pesquisas de campo foram realizadas no período de um mês, onde a pesquisadora foi uma vez por semana na instituição, sempre no mesmo dia (quarta-feira) e lá, entrevistava todas as pessoas presentes que se dispusesse a responder.

Para a execução da pesquisa, utilizou-se um questionário semi-estruturado com 14 (quatorze) questões. Para melhor desempenho na coleta de dados foi realizada uma entrevista piloto, para avaliar se as perguntas do questionário responderiam aos objetivos propostos. Apesar do nervosismo e inexperiência da pesquisadora, a entrevista piloto superou as expectativas iniciais, sendo necessário somente alguns ajustes no instrumento de coleta de dados.

Após a entrevista piloto, deu-se início a pesquisa de campo. As demais entrevistas ocorreram de forma tranqüila, onde a pesquisadora foi adquirindo experiência e conduzia a conversa de maneira sutil e breve, não acarretando sensação de desconforto aos entrevistados.

O universo total desses quatro dias foram trinta e duas pessoas, porém, somente 15 (quinze) foram realizadas, na medida em que, quatro não quiseram responder, 6 (seis) não estavam no local, 4 (quatro) estavam dormindo, 3 (três) estavam acompanhando os usuários em procedimentos médicos e 1 (uma) era muda e a pesquisadora não tem conhecimento do código braile para se comunicar.

Após o término das entrevistas os dados foram tabulados e subdivididos em três eixos de análise. O primeiro busca fazer uma aproximação com os sujeitos da pesquisa; o segundo traz a compreensão da concepção de direito e o último apresenta a análise da efetivação do acompanhamento e as condições de permanência sob a ótica dos sujeitos da pesquisa. A partir destes eixos, buscar-se-á expor a análise obtida.

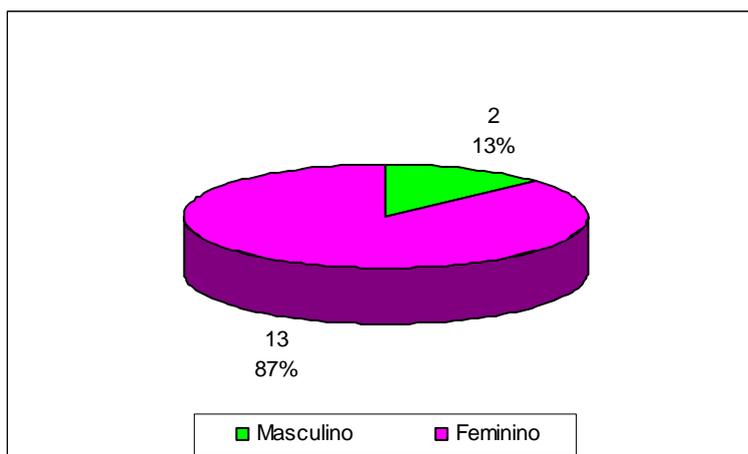
2.3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA

2.3.1 Uma aproximação com os sujeitos da pesquisa

Buscou-se apresentar os sujeitos da pesquisa por meio de perguntas relacionadas ao sexo, idade, profissão, situação trabalhista, origem do internamento, grau de parentesco com o paciente internado, e por último, se estar sendo acompanhante naquele momento afetava as suas relações no trabalho.

Ao tabular a primeira questão, nota-se que somente 2 (dois) dos entrevistados eram do sexo masculino, predominando assim, o sexo feminino na condição de acompanhante onde foi constado 13 (treze) deste sexo.

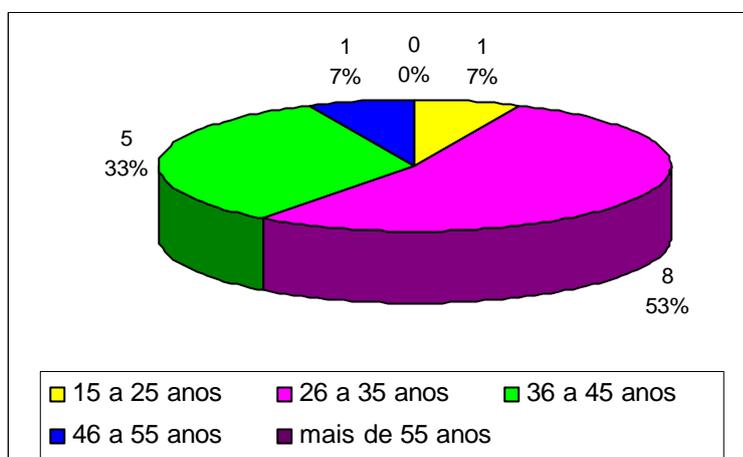
GRÁFICO 1- SEXO DOS ENTREVISTADOS



Fonte: Pesquisa de Campo

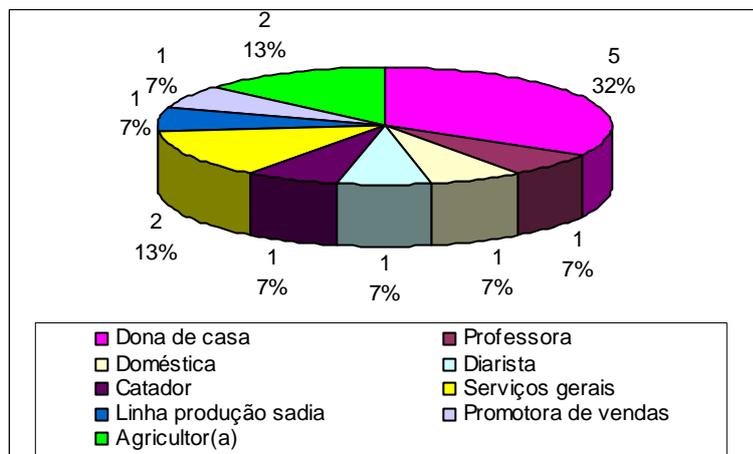
Em relação a idade dos entrevistados, se verificou uma variação de faixa etária compreendida entre 15 (quinze) a 25 (vinte e cinco) anos, 36 (trinta e seis) a 45 (quarenta e cinco) anos e acima de 55 (cinquenta e cinco) anos, vejamos em percentual:

GRÁFICO 2- IDADE DOS ENTREVISTADOS



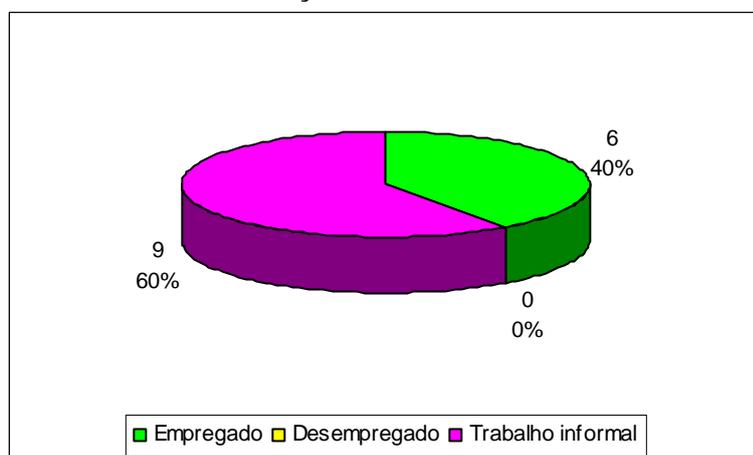
Fonte: Pesquisa de Campo

As profissões apresentadas foram: dona de casa, doméstica, catador, agricultor, professora, diarista, serviços gerais, promotora de vendas e linha de produção. Porém a profissão que predomina entre os entrevistados é a de dona de casa, isto pode se dar devido ao fato de a maioria ser do sexo feminino, o que favorece a condição de estar como acompanhante, visto que na história da mulher a atribuição assistencial familiar sempre esteve presente. Vejamos as profissões citadas em percentual:

GRÁFICO 3- PROFISSÃO DOS ENTREVISTADOS

Fonte: Pesquisa de Campo

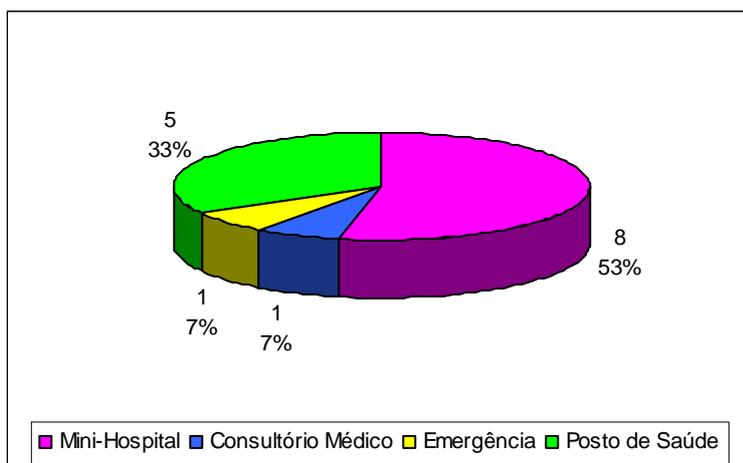
Outro dado levantado foi a situação trabalhista dos entrevistados. Do total do universo pesquisado 9 (nove) realizam alguma atividade considerada como trabalho informal, seja como catador de materiais recicláveis, diarista, etc. E 6 (seis) se apresentam empregados no sistema formal, com carteira de trabalho.

GRÁFICO 4- SITUAÇÃO TRABALHISTA DOS ENTREVISTADOS

Fonte: Pesquisa de Campo

Ao levantar a pergunta acerca da origem do encaminhamento para o hospital, constatou-se que a procedência do internamento dos sujeitos da pesquisa eram na grande maioria advindos no Mini-Hospital, 8 (oito), de consultórios médicos 1 (um), emergência 1 (um) e de postos de saúde 5 (cinco).

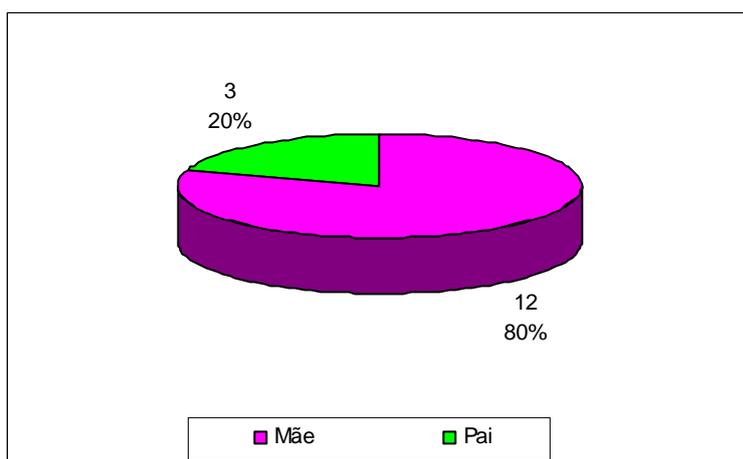
GRÁFICO 5- PROCEDÊNCIA DO INTERNAMENTO



Fonte: Pesquisa de Campo

Dentre as questões levantadas considera-se relevante para traçar o perfil dos acompanhantes dos usuários, foi a análise do grau de parentesco dos mesmos. Dos 15 (quinze) entrevistados 12 (doze) eram as mães e somente 3 (três) eram os pais. Majoritariamente são as mães, que acompanham as crianças ou adolescentes, dado que remete a uma análise do papel que a mulher ainda assume na família na vida em sociedade onde a criação e os cuidados necessários aos filhos ainda é tarefa essencial da mãe mesmo ela estando na condição de trabalhadora.

GRÁFICO 6- GRAU DE PARENTESCO COM O PACIENTE

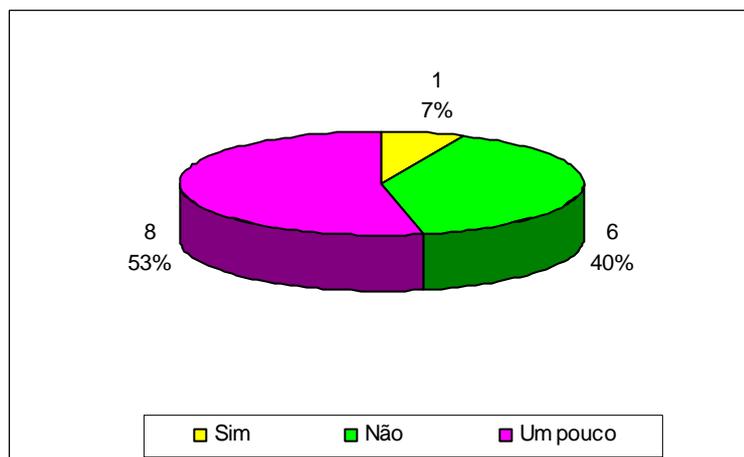


Fonte: Pesquisa de Campo

Outro levantamento foi se estar como acompanhante, afetaria as relações de trabalho e/ou familiares, se isso causaria alguma complicação, prejuízo, 5 (cinco) dos entrevistados responderam que a condição de acompanhante afeta um pouco. Já 6 (seis)

responderam que não afeta em nada, e somente 4 (quatro) responderam que sim, pois “atrapalha o trabalho” significa “perca de dias de trabalho” e “desconto dos dias no salário”.

GRÁFICO 7- SE O ESTAR COMO ACOMPANHANTE AFETA AS RELAÇÕES FAMILIARES OU DE TRABALHO.



Fonte: Pesquisa de Campo

Apresentando o perfil dos sujeitos da pesquisa, os próximos eixos procuram analisar e compreender a concepção que eles atribuem à relação de direito, para depois analisar a importância do acompanhamento e as condições de permanência sob a ótica dos sujeitos da pesquisa.

2.3.2 Concepção da relação de direito sob a ótica dos usuários

Para dar início à compreensão e análise da concepção de direito dos sujeitos entrevistados, considera-se necessário alguns esclarecimentos sobre a função e especificidades que a relação de direito ocupa na sociedade capitalista. Tomando primeiramente que falar de direito é compreendê-lo como uma construção histórica, que se deu através da luta da sociedade civil organizada, para reivindicar mecanismo que assegurassem aos trabalhadores a promoção efetiva dos direitos considerados fundamentais, os direitos sociais que na Constituição Federal de 1988 são citados como sendo o: direito à saúde, à previdência social, a condições especiais de trabalho para as mulheres, a limites de horário de trabalho, a idade mínima das crianças no trabalho e a horário de descanso e lazer. A garantia desses direitos foi uma luta política contra os interesses da classe dominante. Esses direitos passaram a ser assegurados pelo Estado.

Diante desta discussão, procurou-se conhecer qual o entendimento do art. 196 da constituição Federal que diz “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, obtivemos as seguintes colocações:

É um direito, mais não adianta nada se não for de qualidade. Fala-se muito, mais na realidade é a ultima coisa a ser efetivado, atendendo somente o básico. (E 1)

É um direito, mas normalmente não é bem assim que funciona (E12)

É um direito, mas não ta sendo assim não. (E14)

Esses discursos vêm trazendo a compreensão de direito dos usuários, um direito que não esta correspondendo às expectativas, deixando a desejar quanto à qualidade dos serviços prestados. Afirma-se ser um direito do cidadão o acesso aos serviços de saúde, porém, os mesmos não atendem todas as necessidades da população. Quando o E1 traz que “É um direito, mais não adianta nada se não for de qualidade...” nota-se que somente a compreensão da política as saúde como direito e atendendo as necessidades mais básicas não contempla a efetivação do direito, é preciso garantir o atendimento com qualidade, com leitos disponíveis, Unidades de Terapia Intensiva (UTI), exames especializados, cirurgias, e o Estado dar as condições através dos recursos físicos, financeiros e humanos para que realmente as relações de direitos sociais sejam efetivadas por completo.

Pode-se notar durante as falas que além da compreensão da política da saúde como direito e da necessidade da qualidade no atendimento para que esse direito se efetive, outra dimensão é constatada, a da universalidade do direito, o direito a saúde como um direito de todos,

É um direito, que todos têm acesso (E2).

Que tem que ser um direito de todos (E3)

É um direito de todos, e é um dever do Estado (E8).

O processo de universalidade do direito à saúde segundo Viana (2008) sofreu um processo de redução, através de focalização de gastos e ações de saúde, do duplo movimento

de descentralização e centralização, sob a influência de diretrizes e normas impostas por organismos internacionais de financiamento. O ordenamento político-institucional, da política de saúde, assenta-se em um duplo movimento: por um lado, afirma a universalização como princípio básico do sistema, e por outro, aciona mecanismos de segmentação de grupos, seletividade de programas e focalização dos gastos, colocando em marcha um processo de expansão dos serviços de atenção básica, ao mesmo tempo em que delega ao setor privado os serviços de média e alta complexidade, convertendo-os em mercadoria.

Diante de todas as dificuldades que o setor de saúde vem apresentando, Estado com situações hospitalares que são consideradas calamidades públicas, dissimilando a efetivação do direito e sua dimensão de universalidade. Os entrevistados chamam a atenção para o papel do Estado, seu dever perante a política social da saúde, apresentam que a idéia do direito a saúde está intrinsecamente atrelada aos compromissos do Estado, esse como provedor das condições de sua real efetivação,

Sim, a saúde é um direito e o Estado ta garantindo (E11)

É um direito que o Estado tem que bancar o que o povo precisa, independentemente do que seja o problema. (E13)

Todo mundo tem direito a saúde e é o Estado que tem que ajudar (E15)

As falas dos sujeitos caracterizam a compreensão de que a responsabilidade pelas condições de promoção da saúde pública é do Estado, que para além de direito deve haver qualidade no atendimento, não só conforme argumenta o entrevistado E1 “atendendo somente o básico”, mais é necessária a abrangência do atendimento conforme o E13 “independentemente do que seja o problema”. Desta forma, o direito à saúde tem que superar o atendimento emergencial, e se estender com qualidade para as situações de internamentos emergenciais.

Porém, essas dificuldades se esbarram na lógica neoliberal que apresenta a partir da década de 1990, em seus projetos um reordenamento para as funções do Estado, procurando instituir um Estado com funções mínimas para o social, com cortes e desativações de programas sociais, e com funções máximas para o capital.

Pode-se dizer que as mudanças implicam em reduzir a universalidade e o grau de abertura de muitos programas sociais, assistencializando – retirando do campo dos direitos

sociais – muitos benefícios e privatizando, quando possível, as formas de provisões dos serviços sociais.

Portanto, todo esse processo de descentralização dos serviços sociais, faz com que o Estado passe a responsabilidade dos serviços para outros segmentos da sociedade, privatizando os serviços.

[...] A principal consequência da privatização tem sido, na realidade, a introdução de uma *dualidade discriminatória*: serviços melhores para quem pode pagar (privados) e de pior qualidade ou nulos para quem demanda o acesso “gratuito” (SOARES, 2002, p. 78 – grifo do autor)

Neste sentido, acredita-se que diante das mudanças de redução do Estado para determinadas políticas e das privatizações o grande desafio, sobretudo, esta na relação Estado e sociedade, onde o objetivo não é, não pode ser a substituição da ação do Estado pela sociedade civil.

Na seqüência da pesquisa de uma maior compreensão da concepção do direito, tendo como referencia a saúde, também procurou-se conhecer a compreensão dos usuários referente ao Sistema Único de Saúde (SUS) fez-se a seguinte pergunta: “Na sua opinião, o Sistema Único de Saúde (SUS) é importante na vida do trabalhador?”,

Importante, porque senão a gente não teria condições [de manter um convênio particular] (E5)

É importante porque se a gente não tem convenio, [particular] vai pelo SUS. (E9)

Muito importante, sem SUS a gente não consegue pagar o particular (E15)

Nesses discursos, retratam a importância do SUS, mas apresentam a idéia do melhor atendimento para os usuários dos sistemas particulares da saúde, reforçando a lógica da mercantilização que vem ocorrendo com as políticas sociais no Brasil. Onde para se haver mais qualidade e maior agilidade nos serviços prestados se paga por eles. Alguns dos entrevistados apresentam vontade de ter os planos de saúde particulares, da não aquisição pela falta de dinheiro, colocando o SUS como ultimo recurso na medida em que a classe trabalhadora deveria contar com uma maior intervenção estatal para suprir suas necessidades

e direitos que essa própria sociedade ocasiona com a gritante contradição instituída na relação capital e trabalho.

Segundo Boschetti (2008) a exploração financeira vem transformando a sociedade em um “grande cassino” onde se investe mais na política econômica, que impede a ampliação dos direitos sociais, em detrimento das políticas sociais, enfraquecendo a classe trabalhadora. Com isso as políticas sociais como as da educação, da cultura, habitação, saúde, etc., são deixadas em segundo plano e suas ações desenvolvidas passam a ser paliativas, focalizadas e emergenciais, não atendendo toda a população.

Nesta lógica os entrevistados reconheceram a importância do SUS para o atendimento básico de saúde dos trabalhadores, que apesar de todas as dificuldades e precariedades é o único atendimento que resta a classe trabalhadora, porém faltam melhorias e atendimento digno as pessoas que dele necessitam.

O SUS é importante, só que tem que melhorar muito, falta um atendimento mais digno (E1)

O SUS é importante, mais não cobre muitas coisas, mais no básico até que dá conta (E14)

Os entrevistados entendem que o SUS além de ser um direito do cidadão, tem que apresentar também as condições necessárias para que esse direito seja efetivado. [...] O direito assume, assim, importância decisiva na organização institucional das relações na sociedade burguesa. (SANTOS, 2007, p. 25) onde a classe trabalhadora já reconhece os seus direitos, e busca além da efetivação a qualidade nos serviços oferecidos, e isso vai contra a lógica capitalista, onde o trabalhador deve se contentar com aquilo que lhe é oferecido, tentando sempre descaracterizar a condição de direito constitucionalmente adquirida e conforme afirma Bravo (2006) a grande luta pelo fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária.

Quando questionados se o SUS era considerado um direito ou um favor prestado pelo Estado, podemos desdobrar a análise em três (3) eixos. No primeiro, entende-se como um direito:

É um direito (E2)

É um direito que temos (E3).

É um direito, das pessoas. (E5)

Acho que deve ser um direito... (E10).

Um direito, uma obrigação... (E11)

É um direito (E12)

Acho que isso é um direito né?! (E14)

É um direito mal cumprido (E1)

Novamente temos a compreensão de direito que remete a um descontentamento quanto à qualidade do serviço prestado. Compreende-se o SUS como sendo um direito do trabalhador que corresponde minimamente às necessidades postas.

No segundo eixo os usuários em suas falas, apontam para a relação do direito com os impostos. Inteligentemente conseguem atrelar o direito ao fato de pagarem impostos, o que concomitantemente eleva a garantia do direito constitucionalmente.

Pagamos impostos, e muitos ainda... é um dever do Estado (E2)

Deve ser um direito, porque a gente paga imposto (E7)

É um direito porque pagamos impostos (E8)

No Brasil a legislação garante a todos os brasileiros um sistema público e universal de atendimento a saúde. Considera-se também a qualidade do serviço prestado, onde o mesmo para ser considerado realmente um direito, deve oferecer serviços que vão de encontro à demanda posta.

Os serviços prestados pelo SUS são financiados com os recursos advindos do orçamento da seguridade social, e segundo o art. 195 da Constituição Federal de 1988 dispõe: “A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta ou indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, do Distrito Federal e dos Municípios, e das [...] contribuições sociais.”(BRASIL, 2004, p. 49)

Estes recursos, entre outros são os provenientes dos descontos realizados na folha de salário dos trabalhadores. Sendo assim, o não pagamento direto pelos serviços prestados pelo SUS, não significa que ele é gratuito, pois são custeados com o dinheiro público, cabendo ao governo somente arrecadar e gerenciar estes recursos.

Por fim, o terceiro eixo onde dos 15 (quinze) entrevistados, 1 (um) alegou ser um favor prestado pelo Estado, uma condição de subalternidade, uma benesse oferecida pelo Estado, e 1 (um) aponta a condição de favor, na medida em que o atendimento é tão ruim que realmente se coloca na dimensão de favor e não de direito, pois para ser efetivar como direito o atendimento na área da saúde publica tem muito que melhorar.

É um favor que o Estado presta (E4)

Nas condições atuais de atendimento do SUS, pode ser considerado quase que um favor, porque não é bom. Se fosse um direito realmente tinha que ser melhor, mais médicos, mais postos, pra melhorar o atendimento. (E14)

Mesmo com toda a trajetória histórica das conquistas dos direitos, com as lutas travadas para que os cidadãos possuíssem uma legislação que os garantisse de seus direitos, ainda perdura entre algumas pessoas da sociedade a idéia de que o Estado não efetiva direitos, mais sim presta favores a população.

Décadas de populismo e clientelismo no trato da questão social parece terem forjado essas concepções, condicionando a população a entender as ações governamentais como ajudas, resultantes da bondade e da caridade. [...] Nesta lógica, o desconhecimento e a fragilidade na visão dos usuários sobre o SUS e seus direitos, acaba sendo funcional aceitar com naturalidade a precarização do sistema público. (SCHWAAB, 2000, p. 39)

Não reconhecendo o SUS como um direito constitucionalmente garantido, acaba-se por aceitar as condições de sucateamento pela qual o sistema passa, sem nem ao menos indignar-se com essa situação. Ao entender o SUS como um direito, conforme a E14, passa-se a ter uma visão mais crítica e a reivindicar pelos serviços de qualidade.

A propósito da pesquisa, foi levantado o questionamento acerca da concepção do direito, falando-se da política da saúde e do SUS, compreende-se sua ligação intrínseca, fato que apontou esta compreensão por parte dos pesquisados, na medida em que no geral a

concepção da saúde aparece como direito e dever do Estado, apontando sua dimensão universal e constitucional.

A partir de então vamos buscar no próximo item como esse direito à saúde vem sendo garantido na área da criança e do adolescente no que diz respeito à questão do acompanhamento e das condições de permanência no Hospital Bom Jesus de Toledo.

2.3.3 A efetivação do acompanhamento e as condições de permanência.

Parte-se do pressuposto de que é de direito para a criança e o adolescente e ao idoso ter um acompanhante em seus internamentos hospitalares resguardados também o direito de condições de permanência adequadas e garantidas por lei. Condições estas que correspondam com as necessidades fisiológicas do acompanhante e que possam supri-las minimamente de maneira digna.

Ao se realizar a pesquisa pode-se notar no decorrer do processo de coleta de dados, que a efetivação ocorre em todos os casos de internamento, não havendo impedimento por parte da instituição para que isso seja realizado. Desta forma todos os locais visitados no momento das entrevistas contavam com o acompanhante, porém as condições para que este acompanhante permaneça no local não são as mais apropriadas.

O item que traz o perfil dos entrevistados apresenta algumas dificuldades neste estar como acompanhante, na medida em que afeta suas relações de trabalho, o que significa para alguns a reposição de horas, atraso no trabalho, pagamento dos dias de falta e até mesmo impaciência por parte das empresas. Fato marcante neste modo de produção capitalista, onde não se tem grandes dificuldades de reconhecer os direitos da classe trabalhadora.

Desta forma, se efetiva o direito no âmbito hospitalar e ao mesmo tempo, cria alguns empecilhos nas relações de trabalho, visto que a efetivação dos direitos tem sua grande repercussão junto à classe trabalhadora, e diante da impaciência por parte de algumas empresas, dado apresentado por um dos sujeitos (no item 2.3.1), evidenciando que a compreensão do direito tem um longo caminho a percorrer, para a sua completa efetivação.

Assim, mantido o contato com todos os acompanhantes através das entrevistas, lhes foi perguntado se eles consideravam importante as crianças e os adolescentes terem um acompanhante. Todas as respostas foram afirmativas, demonstrando necessidade existente em estar como acompanhante.

É importante, ainda mais quando são pequenos... (E2)

Tem que ter um acompanhante, nunca deve deixar sozinho. (E3)

Sim, é extremamente importante. (E5)

Eu acho importante, é melhor ficar alguém junto. (E9)

A internação hospitalar traduz-se em experiência bastante difícil para o pequeno paciente, gerando ansiedade pela exposição a um ambiente estranho e estressante, onde o apoio para o enfrentamento destes sentimentos é bastante restrito, de tal forma que, uma das únicas fontes de segurança é representada pela presença do acompanhante, pois ele assume um significado especial para o bem estar e saúde do usuário.

O acompanhante deve ser entendido com parte da equipe, pois ele está ali para auxiliar nos procedimentos básicos relacionados ao paciente, como auxiliar na higiene pessoal, alimentação, contribuindo para que o paciente possa sentir-se menos estressado no período de internação.

Ao serem perguntados se conheciam os Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) dos 15 (quinze) entrevistados, somente 6 (seis) afirmaram conhecer e 9 (nove) não conhecem o ECA. Neste ponto há um desconhecimento de que estar ali como acompanhante é um direito que deve ser respeitado, que faz parte da política da saúde, e está garantido no ECA. Assim, foi possível esclarecer através da pesquisa que é de direito da criança e do adolescente ter o acompanhante, está garantido em lei, e ao mesmo tempo os entrevistados mostraram que mesmo não conhecendo a legislação em vigor, é de suma importância efetivá-la.

A pesquisa vem assinalando que o posicionamento da instituição possibilita este estar como acompanhante. Pode não possibilitar todas as condições necessárias a permanência, somente a efetivação básica desse direito que veremos adiante.

Assim, quanto à qualidade dos serviços prestados durante o período do acompanhamento, fez-se a seguinte pergunta aos acompanhantes: “O espaço físico corresponde às necessidades do acompanhante?”. Pode-se notar na fala dos entrevistados dois eixos de respostas. Num primeiro nota-se aceitação das condições postas:

Ta bom sim... (E2)

O espaço corresponde sim (E5)

Sim, tão boas as instalações (E9)

A passividade existente nos discursos nos retornam à análise feita no item 2.3.2, onde ressalta a condição de subalternidade que existe na população que desconhece os seus direitos, fazendo com que o entendam como bem-estar do Estado, não reivindicando melhores condições de permanência.

Por não reconhecer, no processo a relação de direito, acaba-se por conformar-se com a situação, tendo muitas vezes, receio de reclamar e ter o acompanhamento suspenso, que muitas vezes leva a compreensão que a falta de esclarecimento acaba sendo um mecanismo coercitivo e facilitador da negação do direito.

Outras respostas apontam um eixo de análise, que apresentam uma concepção totalmente diferente da anterior, os entrevistados reclamam do ambiente, onde o espaço físico deixa a desejar, não oferecendo as condições básicas para um bom período de permanência.

Não corresponde, falta informação, organização. Estrutura ruim, difícil acesso e banheiros em melhores condições. (E1)

Não corresponde, acho que todos os quartos tinham que ter banheiro (E6)

Não corresponde, acho que tem muita diferença com os quartos do particular. Quando eu tive esse meu filho eu fiquei no particular, os quartos tinham pintura diferente, TV... acho que é isso que falta aqui.”(E13)

Não corresponde muito, precisa melhorar os negócios de cama, e o alimento também, o que vem é muito pouco. (E14)

Nos apontamentos, não estão sinalizando somente ao espaço físico, mas também a organização hospitalar, na fala do E1 fica nítida a reclamação da falta de informação ao acompanhante. A organização institucional e o relacionamento com os funcionários devem ser analisados nessa situação. A vivência como estagiária no local nos anos de 2007 e 2008, evidenciou que muitos dos acompanhantes, não sabem o quadro da doença do paciente, não tem acesso as informações mais básicas quanto ao funcionamento interno da instituição, regras, horários, e seus deveres enquanto acompanhante.

Nas condições da estrutura, questionam a falta de banheiros e suas condições de uso, bem como a questão das camas que também deixam a desejar. Visto que nos convênios particulares, o acompanhante tem direito a uma cama para a sua permanência, já no SUS, o acompanhante dorme em uma espécie de colchonete um pouco abaixo do nível da cama do paciente. Esses fatores interferem na qualidade do atendimento prestado, fazendo com que o período do acompanhamento se torne difícil em vários aspectos, entre eles nos poucos momentos de descanso, para esses que além de acompanhante tem que no dia seguinte ir para o trabalho.

As refeições oferecidas no SUS, não satisfazem totalmente as necessidades do acompanhante, segundo o E14 o alimento é pouco e tem que melhorar. Informações na instituição colocam que o valor que o SUS paga por paciente não cobre todos os gastos, e isso acaba refletindo na qualidade daquilo que é ofertado. Ao acompanhante também não é permitido o armazenamento de alimentos dentro do quarto, por questões de higiene e segurança hospitalar, apesar de muitos não compreenderem essa situação, e acabam burlando as regras institucionais.

A experiência adquirida no estágio permite afirmar que existe uma disparidade entre o tratamento oferecido no SUS e o dos convênios particulares. Questões relacionadas ao espaço físico são nítidas, como o número de pacientes por quarto, banheiros particulares, a estética do quarto, o conforto oferecido e principalmente a alimentação.

Segundo Filho (2003) são consideradas condições hospitalares ideais de permanência do acompanhante: poltrona reclinável ao lado do leito da criança ou cama própria para acompanhante; todas as refeições diárias; banheiros com banho; armários individuais; avental ou uniforme apropriado com crachá de identificação; reuniões semanais com a equipe de saúde (pediatra, enfermeira, assistente social e psicóloga), para esclarecimento sobre as rotinas do hospital e a enfermidade da criança ou adolescente internado.

Assim se compreende que a realização plena do direito ao acompanhamento ainda tem que ultrapassar diversas barreiras para a sua real efetivação, ainda mais em uma sociedade em que os direitos historicamente têm uma trajetória de minimização, precarização, e negação. Deve-se lutar para que não haja um retrocesso ainda maior nas conquistas obtidas até o momento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciarmos o presente TCC, partimos da problematização, que levou a pesquisadora a buscar os fundamentos teóricos para compreender a trajetória percorrida pelos direitos, a sua conquista, efetivação, e a luta da sociedade em busca de sua garantia. A partir desta compreensão, que se foi possível analisar o movimento da garantia dos direitos hoje. Cabe aqui ressaltar, que este conhecimento colaborou não só para a pesquisa em si, mais também colaborou profundamente na formação acadêmico-profissional, constituindo-se como base teórica à futura prática profissional.

Para dar materialidade aos usuários como sujeitos da pesquisa, fez-se necessário neste processo investigativo “dar vida”, “dar voz” a estes sujeitos, pois de acordo com o Código de Ética Profissional, constitui-se dever do Assistente Social contribuir para viabilização da participação efetiva da população usuária. Além de que, seus depoimentos são a prova viva de como está sendo garantido seus direitos dentro da instituição, e também como uma forma de avaliação das políticas sociais.

Através das entrevistas desenvolvidas pode-se notar que apesar de respostas frágeis e até um pouco vagas a concepção de direito se evidenciou. No geral, não sabem ao certo de sua existência e muito menos de como ele se dá. Possuem pouco conhecimento do percurso histórico, das lutas vencidas, dos obstáculos ultrapassados. Esse fato pode estar atrelado à falta de informação, eles só tem conhecimento daquilo que lhes é transmitido em algum momento, até porque para a lógica do sistema capitalista não é necessário que os trabalhadores conheçam em profundidade todos os direitos que lhes são cabíveis. Pois, quanto mais alienada estiver a classe trabalhadora, mais fácil será de conduzi - lá e manobra-la.

Assim, as concepções a respeito das relações de direito, apresentadas no item 2.3.2, mostram a lógica existente entre uma compreensão que se inicia com o reconhecimento da existência de um direito, a sua universalidade até se firmar constitucionalmente.

Fica explícito o descontentamento que existe quanto à qualidade dos serviços prestados pelo SUS. Logo o SUS que deveria dar assistência integral a população por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Nota-se que para os sujeitos entrevistados, o SUS é um atendimento médico para quem dele necessitar, não o reconhecendo como a integração de todas as ações e serviços de saúde, públicos e privados, para promover a saúde enquanto direito de cidadania a todos.

A política social da criança e do adolescente, vem através do ECA garantir os direitos das crianças e adolescentes. O estatuto preconiza no que tange à saúde o direito a proteção à vida e a saúde no art. 7, mediante a efetivação de políticas sociais e públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência.

Quando no ECA está constitucionalmente garantido o direito ao acompanhante (art. 12), nota-se que este direito está sendo efetivado, porém as condições de permanência que são oferecidas não respondem as necessidades básicas dos acompanhantes. E fica nítido durante análise feita no último item, quando se consegue descobrir quais são os maiores descontentamentos dos usuários referentes as condições de permanência na instituição, como as condições estruturais que não atendem as necessidades, a alimentação que não é suficiente, o relacionamento com a equipe hospitalar que em alguns casos não é esclarecedora. Isso faz com que a efetivação do direito ao acompanhante seja fragmentada durante a sua execução.

Conclui-se que falta muito ainda para que a instituição seja um local que proporcione condições dignas de permanência a seus usuários. E que só o mínimo é proporcionado, onde aquilo que é de direito, acaba sendo considerado uma boa ação, uma benesse.

Acredita-se que meio a essa turbulência, inserido nela estão os profissionais que atuam no social, entre eles os profissionais de Serviço Social que atuam como mediadores “[...] na luta pela construção de uma nova sociabilidade, que assegure a emancipação humana”. (BOSCHETTI, 2008, p. 14) para que os direitos da classe trabalhadora sejam devidamente efetivados.

[...] é o trabalho profissional que cotidianamente formula e desenvolve projetos que viabilizam o acesso aos direitos, que tenciona o fundo público, que luta pela democratização da política, que implementa serviços com qualidade aos usuários, envolvendo-os em seu planejamento, que se contrapõe às regras institucionais [...](BOSCHETTI, 2008, p. 17)

Assim, o assistente social por meio de seu trabalho e orientado pelos princípios de seu Código de Ética Profissional, luta dia-a-dia para a efetivação de tais direitos, contribuindo para que o indivíduo passe ter a consciência de ser sujeito portador de direitos; e também para a construção de uma nova sociedade.

REFERÊNCIAS

BIDARRA, Z.S.; OLIVEIRA, L.V.N. Um capítulo especial na história da infância e da adolescência: o processo de construção do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade. *In: Programa de capacitação permanente na área da infância e adolescência: o germinar de uma experiência coletiva*. Ponta grossa, Ed UEPG, 2007.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOSCHETTI, I. O Serviço Social e a luta por trabalho, direitos e democracia no mundo globalizado. *In: Conferência Mundial de Serviço Social*. Salvador, Bahia, 2008.

BONETTI, Dilsea A. (org) et al. **Serviço social e ética: convite a uma nova práxis**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

BRASIL Lei da Criança e adolescente. Lei 8.069.de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *In: Coletânea de Leis e Resoluções Assistente Social: ética e direitos*. CRESS 7º Região – Rio de Janeiro, 2006.

_____. Lei de gestão do SUS. Lei nº 8.142 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. *In: Coletânea de Leis e Resoluções Assistente Social: ética e direitos*. CRESS 7º Região – Rio de Janeiro, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Políticas de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas**. Brasília, 2003.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Câmara dos Deputados. 23 ed. Centro de Documentação e Informação Coordenação de Publicações. Brasília 2004.

_____. Lei da Saúde. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e correspondentes e dá outras providências *In: Coletânea de Leis e Resoluções Assistente Social: ética e direitos*. CRESS 7º Região – Rio de Janeiro, 2006.

BRAVO, M.I.S. Políticas Sociais Setoriais e por Segmento. As políticas brasileiras de seguridade social Saúde. *In: Capacitação em serviço social e política social*. Brasília: UNB, CEAD, Módulo 03, 1999, p.105-115

CARVALHO, D.B.B. Políticas Sociais Setoriais e por Segmento – Criança e Adolescente. *In: Capacitação em serviço social e política social*. Brasília: UNB, CEAD, Módulo 03, 2000, p.185-199

COHN, A.; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: Políticas e organização de Serviços**. São Paulo: Cortez, 1996.

CONASS, cadernos. Conselho Nacional de Secretaria de Saúde. **A saúde na opinião dos brasileiros**. CONASS – 1998.

CONASS, cadernos. Conselho Nacional de Secretaria de Saúde. **Os Estados na construção do SUS**. CONASS – 1998.

CRIANÇA. **Carta da Criança hospitalizada**. Disponível em: <http://www.oncologiapediatria.org/index.php?/site/ver_artigo/172> Acesso em: 06/ago/2008

_____. **Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados**. Disponível em: <http://www.oncologiapediatria.org/index.php?/site/ver_artigo/172> Acesso em: 06/ago/2008

ESTATUTO CONASEMS. Conselho Nacional de Secretaria Municipal de Saúde. **Conceito de CONASEMS**. Disponível em <http://www.conasems.org.br/cgi-bin/pagesvr.dll/Get?id_sec=17 > Acesso em 30/jul/2008

ESTATUTO CONASS. Conselho Nacional de Secretaria de Saúde. **Conceito de CONASS**. Disponível em: <http://www.conass.org.br/?page=conass_estatuto > Acesso em: 30/jul/2008

FERREIRA, M.M.; ABREU, A.A. **Entre-vistas: abordagens e usos da história oral**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas. 1994.

FILHO. L.M. **Estatuto da Criança e do Adolescente comentado**. Comentários jurídicos e sociais. São Paulo: PC Editorial, 2003

FUNDAÇÃO ROCKFELLER. **Histórico da Fundação**. Disponível em <http://www.coc.fiocruz.br/areas/dad/guia_acervo/arq_pessoal/fundacao_rockfeller.htm> Acesso em: 14 julho 2008

GERSCHMAN, S.. **A democracia inconclusa: Um Estudo da Reforma Sanitaria Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995

GOHN, M.G. **Historia dos movimentos e lutas sociais**. A construção da cidadania dos brasileiros. São Paulo: Loyola, 1995.

JOVCHELOVITCH, M. O processo de descentralização e municipalização no Brasil. *In: Revista Social e Sociedade*. São Paulo, Cortez Ano XIX, n° 56, 1998, p. 34-49

LEI ELOY CHAVES. **O Decreto que determinou a lei**. Disponível em <http://www.previdenciasocial.gov.br/pg_secundarias/previdencia_social_12_04-A.asp> Acesso em: 14/jul/2008

MINAYO, M. C.S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis:Vozes, 2002.

MOREIRA, E.M. **O direito à saúde na legislação social: um estado aproximativo na região da fronteira do Mercosul**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – *Campus* – Toledo, 2004.

NOGUEIRA, M.A. O desafio de construir e consolidar direitos no mundo globalizado. *In: Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, Ano XXVI, n° 82, 2005, p. 05-21.

RAICHELIS,R; WANDERLEY, L.E. Desafios da gestão pública democrática na integração regional. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, Cortez Ano XXV, n° 78, 2004, p. 05-32

RUIZ, J.A. **Metodologia Científica**: guia para eficiência nos estudos. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1996

SANTOS, S.M.M. Questões e desafios da luta por direitos por direitos. *In: Revista Inscrita Conselho Federal de Serviço Social*. Ano VII, n° X, p. 25-30, nov/2007.

SCHONS, S.M.. **Assistencia social entre a ordem e a “des-ordem”**: mistificação dos direitos sociais e da cidadania. São Paulo: Cortez, 1999.

SCHWAAB, C.V.. **A expressão dos usuários sobre o SUS e o direito à saúde.** Trabalho de Conclusão de curso (Bacharelado em Serviço Social). Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – *Campus* – Toledo, 2000.

SÊDA, E.. **A proteção integral: um relato sobre o cumprimento do Novo Direito da Criança e do Adolescente na America Latina.** São Paulo: Edição Adês, 1997.

SELLTIZ, W.C.. **Metodos de pesquisas nas relações sociais.** 2 ed. São Paulo, 1987. Editora Pedagógica Universitária LTDA.

SILVA, A.A. **A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado.** São Paulo: Cortez, 2004.

SILVA, A.C. **Construção Aproximativa com o Campo de Estágio.** Curso de Serviço Social. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. 2007

SILVA, B. Direitos Individuais. *In: Dicionário de Ciências Sociais.* 2. ed. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getulio Vargas: 1987.

SIMÕES, C. **Curso de direito do serviço social.** São Paulo: Cortez, 2007.

SOARES, L.T.R. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na America Latina.** 2ed. São Paulo, Cortez, 2002 (coleção Questões de Nossa Época, v. 78).

VIANA, V.P. **A universalidade do direito à saúde no governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002)** Disponível em:
<http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/29592008.html Acesso em: 30/out/2008

APÊNDICES

APÊNDICE 1
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
TERMO DE COMPROMISSO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Esta pesquisa será conduzida sob responsabilidade de Andréia Corrêa da Silva, acadêmica do curso de Serviço Social, orientada pela Profa Ms. Cleonilda Sabaini Thomazini Dallago, professora do Departamento de Serviço Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

O universo da pesquisa será constituído pelos acompanhantes de crianças e adolescentes do Hospital Bom Jesus na cidade de Toledo/Paraná no ano de 2008. O estudo tem como objetivo geral analisar a efetivação do direito da criança e adolescente na Associação Beneficente de Saúde do Oeste do Paraná (Hoesp).

Seus objetivos específicos são:

- Fundamentar teoricamente a concepção de direito social;
- Levantar junto aos internamentos de crianças e adolescentes usuários do SUS no Hospital Bom Jesus, Mantenedora HOESP a efetivação do acompanhamento;
- Conhecer as condições de permanência do acompanhante nos internamentos;
- Compreender junto ao acompanhante sua concepção de direito;

Sua participação implica em responder algumas perguntas que permitam trazer respostas para as questões levantadas nos objetivos específicos desta pesquisa.

As informações que você nos der serão tratadas de maneira confidencial, de forma a impedir a sua identificação. Seu nome ou quaisquer outros dados pessoais que possam identificá-lo(a) não farão parte de publicação, relatório ou outra forma de divulgação.

Se você tiver alguma pergunta a fazer sobre esta pesquisa ou sobre sua participação nela, sinta-se à vontade para perguntar. No futuro, se você tiver dúvidas, poderá procurar por, Andréia Corrêa da Silva pelos telefones: 8824 2232 ou 9936 4888

Se você concorda em participar deste estudo, por favor, assine embaixo.

Toledo, _____/_____/_____

Assinatura do entrevistado: _____

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, Andréia Corrêa da Silva, sob orientação da Profa. Ms. Cleonilda Sabaini Thomazini Dallago, comprometo-me a conduzir todas as atividades deste estudo de acordo com os termos do presente Consentimento Informado.

Toledo. ____/____/____

Assinatura do(a) pesquisador(a) _____

APENDICE 2
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Instrumento de coleta de dados

1- Nome:.....

2- Sexo: feminino masculino

3- Idade:

4 - Profissão:.....

5- Situação trabalhista: empregado
 desempregado
 trabalho informal

6- Veio para o hospital encaminhado por: mini-hospital
 consultório medico
 emergência
 outros

7 – Qual seu grau de parentesco com o paciente?

.....

8 –Estar como acompanhante aqui no hospital afeta suas relações familiares ou de trabalho?

.....
.....

9 - O espaço físico do ambiente corresponde às necessidades do acompanhante?

.....
.....

10 - Você considera importante as crianças e os adolescentes terem um acompanhante?

.....
.....

11 – Você conhece o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)?

não
 sim

A lei (ECA) garante que a criança e o adolescente tenham um acompanhante. Você acha que isso é garantido nos hospitais

.....
.....

12 – “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, art. 196). O que você entende por isso?

.....
.....

13 – Na sua opinião, o Sistema Único de Saúde (SUS) é importante na vida do trabalhador?

.....
.....

14 – É considerado um direito? Ou um favor prestado pelo Estado?

.....
.....