

*O direito à saúde: representações de usuários de uma unidade básica de saúde**

I¹ Marcos Alex Mendes da Silva, ² Efigênia Ferreira e Ferreira,

³ Girlene Alves da Silva I

Resumo: O presente trabalho objetivou conhecer a representação do direito à saúde elaborada pelos usuários de um serviço de saúde, localizado no município de Valença, Estado do Rio de Janeiro. Utilizou-se a abordagem qualitativa, na qual os dados foram apreendidos por meio de entrevista semiestruturada e organizados segundo a análise temática do conteúdo, sendo os pressupostos da teoria das representações sociais utilizados como referencial para análise. Os usuários representam o direito à saúde como algo legalmente constituído, mas a falta de organização da comunidade e a falta de compromisso dos poderes públicos e dos profissionais repercutem de maneira negativa para que de fato, na prática, se comprove essa efetivação. A representação do direito à saúde elaborada encontra-se associada ao pleno funcionamento da unidade de saúde, à igualdade e à equidade no acesso aos serviços prestados, e indica a necessidade de ações que coloquem o usuário do serviço de saúde como protagonista na efetivação desse direito.

► **Palavras-chave:** pesquisa qualitativa, direito à saúde; atenção à saúde, assistência à saúde.

¹ Doutorando UFMG; Mestre em Saúde Coletiva UFJF; Especialista em Saúde Coletiva UFJF. Endereço eletrônico: marcosalexmedes@uol.com.br

² Doutora e mestre em Odontologia pela UFMG, docente do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da UFMG.

³ Professora Adjunta UFJF; Doutora e mestre em Enfermagem. Endereço eletrônico: girls@terra.com.br

Recebido em: 16/03/2010.
Aprovado em: 22/08/2010.

* Parte da dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFJF, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Apresentando o tema do estudo

O estudo teve como proposta abordar a concepção de direito à saúde sob o olhar dos usuários frequentadores de uma unidade básica, sem, no entanto, utilizar como âncora de análise os princípios legislativos sobre o direito constitucional à saúde, mas perceber como esses usuários constituem a teia da correlação estabelecida entre eles e o serviço para assegurar sua assistência. Neste sentido, a teoria das representações sociais constitui-se em referencial privilegiado de análise, pois permite trazer à luz da discussão como esses usuários elaboram suas representações sobre a saúde, sobre o adoecimento, sobre o serviço por eles acessado e como são capazes de tomar decisões que lhes assegurem a assistência legalmente garantida.

De acordo com Pinheiro, Guizardi, Machado et al. (2005), no Brasil existe uma experiência inovadora de construção de direitos de cidadania, quando, a partir da Constituição Federal de 1988, o país passou a adotar políticas sociais universais, nas quais a saúde ganhou destaque. Para os autores, existem avanços jurídicos expressivos, sobretudo em dois aspectos: o primeiro diz respeito ao estabelecimento da relevância pública dos serviços de saúde frente a outras modalidades de ofertas de bens sociais, e o segundo se refere à institucionalização de um arcabouço jurídico-normativo, estabelecendo princípios normativos e operacionais através da promulgação da Lei Orgânica da SAÚDE nº 8080/1990, definindo a política de saúde no Estado brasileiro.

Ainda que a instituição formal do Sistema Único de Saúde (SUS) tenha se dado na Constituição Federal de 1988, suas origens remontam a muito mais tempo, a partir da crise do modelo médico-assistencial privatista que se hegemonizou na segunda metade do século XX, induzido pelo processo da industrialização brasileira, e sua configuração veio assegurar o delineamento de um arcabouço legal sanitário, associado ao arcabouço político (desenvolvimento da política pública de saúde), visando a satisfazer o interesse público (garantir o direito à saúde) (CAMPOS, 2006).

Coan (2007) salientou a importância do constitucionalismo nesse processo evolutivo, legitimado pela tradição jurídica, como limitador e controlador do Poder Executivo, o que permitiu consolidar um Estado que fosse democrático e garantidor dos direitos dos cidadãos. O Estado passou a ser um prestador de serviços, e a saúde deixou de ser um produto comprado ou ato de caridade, e passou a ser um direito do cidadão. O Brasil alicerçou as bases da saúde pública,

considerando um Estado provedor, em bases relacionais com a sociedade de forma democrática, fundamentado na cidadania e no princípio da dignidade humana, respaldado pela Carta Magna de direito inalienável – o que caracteriza um Estado Democrático de Direito.

No preâmbulo da Constituição Federal de 1946, no pós-guerra, já havia um conceito de saúde configurado como “*bem-estar físico mental e social e não apenas ausência de doenças*”, o que, em termos estruturais, resgatava uma compreensão da saúde proposta por Hipócrates e apontava para a necessidade de mudança no modelo assistencial hegemônico (DALLARI, 1988). Essa conceituação caracterizava, já naquele momento, a legitimação do processo de transformação que se seguiria na conceituação da saúde, passando de uma proposta abstrata, ou privilégio de poucos, a uma possibilidade mais real de conquista.

Essa evolução do direito à saúde acompanhou uma conceituação moderna de saúde, segundo Dallari (1988), que resultou de duas correntes: uma que buscava em grupos marginais e de condições de vida miseráveis a explicação do adoecimento, condicionado por estes fatores; e a outra, que tinha nos germes causadores de doenças, seu agente etiológico único, estando esta corrente associada à saúde meramente como ausência de doença. Essa corrente não demorou muito a ser alijada com o passar do tempo, em face de a transformação ideológica pela qual passou a saúde ter ganhado contornos legítimos de seguridade social, atrelado ao nascimento de um Estado de bem-estar social.

Esta garantia constitucional da saúde como direito permitiu universalizar e democratizar as ações de saúde a uma população demográfica e socialmente bastante desigual, configurando a saúde como direito de todos e dever do Estado, numa perspectiva alentadora de reduzir os altos indicadores de saúde, associados inclusive a medidores de pobreza, o que, de fato, veio a acontecer, embora ainda de forma desigual (DALLARI et al., 1996).

A concepção do direito à saúde como condições de vida e bem-estar social constitui o chamado Direito Social, que ultrapassa a visão da oferta dos serviços de saúde, e que está intimamente associado à dignidade humana, pois a ideia de dignidade humana deve ser buscada em função de um Direito Natural, pois se trata de um direito comum a todos e ligado à própria origem da humanidade, representando um padrão geral indistinto (AIMBERE, 2006). É a que passa a figurar no cenário brasileiro, a partir de sua legitimação, decorrente de uma

estrutura de Estado Democrático de Direito, com a Constituição Federal cidadã de 1988 (DALLARI et al., 1996).

O referencial do direito relacionado aos direitos do homem subsidia a evolução histórica pela qual passou o direito à saúde no mundo, e também no Brasil. Segundo Bobbio (2004), o elenco de direitos do homem se modificou e continua se modificando conforme as condições históricas na qual se inserem, ou seja, segundo os interesses e carecimentos pontuais, das classes no poder, dos meios disponíveis para sua efetivação e das transformações técnicas que o conhecimento adquire ao longo do tempo. Para o autor, nesse processo de evolução do direito individual à igualdade, do posterior direito à liberdade, até sua conformação de direito social, a saúde constitui um direito fundamental do cidadão e, como tal, deve ser garantido inequivocamente pelo Estado de Direito com o qual se convive.

No que diz respeito ao direito à saúde, Nogueira e Pires (2004), analisando-o sob a perspectiva sócio-histórica, afirmaram que este direito deixou de ser visto como uma decorrência dos ideais humanitários de solidariedade somente, da moralidade ética, de justiça social e da necessidade básica associada à sobrevivência, para ser visto como uma exigência dos processos de acumulação de capital, mecanismo próprio dos sistemas capitalistas. Dessa forma, o direito à saúde ganha contornos mercantilistas, fazendo-se necessário pela ótica de quem o dá e não de quem o recebe.

Dallari (1988) diferenciou o direito à saúde na perspectiva individual, que privilegia a liberdade em sua mais ampla acepção, enquanto direito subjetivo e inerente a todo cidadão; e na perspectiva social, que privilegia a igualdade, com garantia das mesmas medidas de proteção e igual cuidado de recuperação da saúde para todo o povo. Desta forma, somente a comunidade seria capaz de definir a amplitude do conceito de sua saúde e delimitar o alcance da liberdade e o da igualdade, que, interagindo com o desenvolvimento do Estado, fundamentariam seu direito à saúde.

A Constituição Federal de 1988 assegura a todos os cidadãos brasileiros ou residentes no País esse direito social, no qual a saúde se insere. Direito garantido pelo Poder Público nas esferas federal, estadual e municipal, por meio de políticas voltadas para diminuir o risco de doenças e que possibilitem a implementação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2003).

Alth (2006) afirmou que, uma vez definida pela Constituição a saúde como um direito fundamental e atribuído ao Estado o dever de promoção, proteção e recuperação da saúde, o Direito brasileiro iniciou um acelerado processo renovador, consolidando-se como Direito Sanitário, enraizado em bases jurídicas, ao definir princípios, objetivos e diretrizes para que o Direito à saúde fosse uma realidade nacional. O SUS, assim constituído, portador da aspiração da universalidade do acesso populacional e da integralidade da atenção, revela-se importante cenário de exercício dos direitos universais, apresentando instâncias de deliberação democrática, de caráter de negociação e participativo, no qual a concretização desses direitos se torna viável (NASCIMENTO, 2006) por meio dos conselhos e conferências de saúde, espaços abertos legitimamente para essas ações democráticas (BRASIL, 1990).

O tema da participação popular é apresentado como uma das condições de garantia do direito à saúde, sendo compreendido como “controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população”. Note-se que o controle abrange desde a formulação à concretização (gestão e avaliação) das “políticas sociais e econômicas”, não sendo dito tratar-se especificamente do controle sobre as políticas de saúde. Deste modo, o direito à saúde é apresentado como dependente do controle das políticas estatais, ainda segundo os autores, o que demonstra uma concepção ampliada de política de saúde, na qual esta não é restrita às questões setoriais e abarca em suas implicações a intervenção do Estado na sociedade, e desta na concretização de suas políticas públicas (GUIZARDI et al., 2004).

Embora toda a legislação aponte para o acesso às ações de saúde, no seu mais ampliado conceito, como garantia do Estado, o discurso da prática mostra uma situação diferente, na qual a busca desse direito muitas vezes precisa ser reivindicada, e assim, o Estado é compreendido como poder hierárquico superior que, embora não precisasse, deve ser pressionado pela sociedade civil, politicamente constituída, para ter seus direitos garantidos, por meio dos canais institucionalizados (DALLARI et al., 1996).

A saúde como direito humano é uma conquista social reconhecida internacionalmente, fundamental e indispensável para o exercício dos outros direitos humanos. No entanto, é necessário, de acordo com Bodstein (2003), entender o direito à saúde como prática inerente à condição humana, que exige

garantia de elementos fundamentais, para sua concretização. O direito à saúde é a garantia de obter acesso universal aos cuidados em saúde, para os quais são imprescindíveis os recursos para provê-los, bem como o respeito às práticas culturais de educação e informação, que não podem ser desconsideradas.

A evolução da sociedade, frente aos problemas que lhe são inerentes, leva os indivíduos a elaborarem concepções sobre os problemas que os incomodam e essas concepções orientam suas posturas no sentido de orientar suas condutas. Neste sentido, autores como Sá (1995) afirmam que as *representações sociais*, por seu poder convencional e prescritivo sobre a realidade, constituem um pensamento fruto do ambiente onde se desenvolve a própria vida cotidiana. Ainda segundo o autor, em uma sociedade pensante, seus indivíduos não são apenas processadores de informações, nem meros portadores de ideias e crenças coletivas, mas pensadores ativos, que mediante inúmeros momentos de interação social, produzem e comunicam suas próprias representações e soluções específicas para as questões que se colocam a si mesmos.

Vasconcelos (1997) chamou a atenção para o fato de que a maioria dos problemas de saúde por que passam populações empobrecidas reside na marginalidade em relação ao consumo de bens e de serviços, o que a leva a uma situação de baixa qualidade de vida e de saúde, cujas representações surgem a partir de suas carências.

Motivado pela diversidade de situações cotidianas da prática junto a uma comunidade carente, a pesquisa tem como objeto de investigação as representações sobre o direito a saúde na concepção dos usuários de um serviço público de saúde, cujo objetivo central consistiu em conhecer a representação do direito à saúde elaborada pelos usuários de uma unidade básica de saúde, localizada na comunidade da Varginha, no município de Valença, interior do Estado do Rio de Janeiro.

A Teoria das Representações Sociais como marco teórico de análise

A representação social trabalha sempre com a representação de alguma coisa, que é o objeto, e de alguém, que é o sujeito. Sua caracterização, com anuência da ciência, se dá pela forma de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, com objetivo prático, tendo em vista a construção de uma realidade comum, colocando o pensamento popular como objeto de estudo legítimo para quem se

propõe a estudar um conjunto social, sem desconsiderar as particularidades de seus integrantes, como cidadãos únicos do processo (JODELET, 2001).

Na formação de cada universo da representação, é importante perceber a coexistência de três dimensões: a informação, que está relacionada com a organização dos conhecimentos que o grupo possui a respeito de um objeto social; o campo de representação ou imagem, que exprime uma ideia de organização de conteúdo; e a atitude, que exprime a orientação geral, positiva ou negativa frente ao objeto representado. Desta forma, a organização dessas dimensões fornece uma visão geral do conteúdo e do sentido do objeto representado (MOSCOVICI, 1978).

Para Moscovici (1978), quando se fala em representação social, é necessário considerar que não existe um corte entre o universo externo e o universo interno do indivíduo (ou do grupo), o sujeito e o objeto não são necessariamente distintos. O objeto está inscrito num contexto ativo, pois a atividade representativa é dinâmica e movimenta-se partindo das relações existentes entre a memória e a capacidade de continuar a imaginar. A estrutura de elaboração de cada representação tem uma face figurativa e uma simbólica. Os processos de elaboração de uma representação social têm por função destacar uma figura e, ao mesmo tempo, carregá-la de um sentido, isto é, naturalizá-la e fornecer-lhe um contexto inteligível, isto é, interpretá-la.

De acordo com Jodelet (1984, p. 22), a representação social, é uma “forma de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Assim, na aproximação de tal proposição ao objeto em estudo, pode-se exemplificar da seguinte maneira: se um determinado grupo se comporta como se a saúde constituísse direito inerente às pessoas de classe social alta, essa representação se torna fato em seu mundo. Wagner (1998) ressalta que uma representação é mais do que uma imagem estática de um objeto na mente das pessoas, pois ela compreende também seu comportamento e a prática interativa de um grupo. Ela é ao mesmo tempo uma teoria sobre o conhecimento representado e sobre a construção do mundo.

Para Jodelet (2001), a objetivação do senso comum poderá formar um sistema no qual as representações convirjam para uma visão consensual da realidade, dependendo da significação do que é realidade e do que é ciência, para cada indivíduo ou grupo trabalhado. Esta visão, muitas vezes conflitante entre seus

membros, servirá de guia para as trocas cotidianas, a partir das quais serão construídos os estados dinâmicos sociais das representações.

As representações sociais, para Moscovici (1978), são entidades tangíveis. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, no universo cotidiano. Elas estão impregnadas da maioria das relações sociais estabelecidas, dos objetos produzidos ou consumidos, das comunicações trocadas. As representações sociais correspondem, por um lado, à substância simbólica que entra na elaboração, e por outro, à prática que produz a dita substância, tal como a ciência ou os mitos correspondem a uma prática científica e mítica.

O desenho metódico do estudo

Trata-se de uma abordagem qualitativa, que proporcionou esse tão necessário encontro, entre o direito à saúde assegurado e a prática cotidiana, a partir dos relatos dessa população sobre suas perspectivas, seus anseios, expectativas, frustrações, necessidades, buscas, objetivos, descobertos e trabalhados, frente a este paradoxo. A pesquisa qualitativa trabalha assim, com as crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões subjetivas que compõem o senso comum coletivo, construtor da realidade social. Realidade construída a partir da relação dinâmica que há entre o mundo real e o sujeito, onde não se dissocia esse mundo objetivo da subjetividade de seus atores.

O estudo foi realizado em um bairro periférico do município de Valença, Estado do Rio de Janeiro, que, de acordo com o IBGE (2009), conta com uma população oficial estimada de 75.817 habitantes, distribuída em sua zona urbana e em seus cinco distritos, com uma densidade populacional de 53,4 hab/km², para uma extensão territorial de 1.306,2 km². O bairro da Varginha possuía uma população local de 2.623 habitantes, distribuída em 725 domicílios, e cresceu desordenadamente em local dito de risco, uma vez que a estrutura física mínima necessária, para uma condição de vida digna não acompanhou o crescimento populacional nesta região (VALENÇA, 2006).

O cenário do estudo foi a UBS local, tendo em vista a importância que os ambientes habituais exerciam – no caso, o local onde eles “buscavam a saúde”, por meio de suas características físicas e sociais sobre os sujeitos, imprimindo-lhes traços peculiares, desvendados à luz de suas representações estabelecidas.

O projeto foi encaminhado para apreciação ao Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, tendo sido protocolado e aprovado sob o número 313/2007, CEP/UFJF 1202 248 2007, FR 154497 e CAAE 27660000180-07.

Os sujeitos da pesquisa¹ foram 28 usuários que frequentavam a UBS local, acompanhando como critério de inclusão estabelecido o fato de estarem constantemente na unidade buscando respostas às suas condições de doença e de seus dependentes. No entanto, faz-se necessário ressaltar que, em pesquisas qualitativas, a reincidência das informações, que permite estudar o objeto em investigação, define o tamanho da amostra a ser estudada e que a repetição de relatos semelhantes indica o esgotamento do assunto estudado. De acordo com Wagner (1998), embora nenhuma representação seja compartilhada por 100% dos membros de um grupo, a sócio-gênese das representações não implica número, mas consenso funcional. Neste sentido, para o autor, consenso é a necessidade de manter o grupo como uma unidade social reflexiva e de uma maneira organizada pela padronização do autossistema, dos processos de autocategorização e das interações da maioria de membros do grupo.

O instrumento usado para coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, que norteou a reflexão sobre o direito à saúde, tendo em vista a percepção dos usuários, onde estes puderam discorrer livremente sobre o tema, sem, no entanto, perder de vista o foco central da pesquisa. Essas entrevistas, realizadas no âmbito da UBS, quando da procura dos usuários pelos cuidados em saúde aproveitando momentos de espera, foram feitas utilizando a gravação em fitas magnéticas, o que permitia contar com todo o material fornecido pelo entrevistado, constituindo dados valiosos na construção da representação do direito à saúde na perspectiva dos usuários que faziam uso do serviço de saúde local.

As informações apreendidas nas falas dos sujeitos foram organizadas, tomando-se como referência as três etapas cronológicas, propostas por Bardin (1979) para a análise do conteúdo, a saber: a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação referencial. Esta organização buscava acessar as situações relacionais entre os homens, com ênfase no conteúdo de suas mensagens, não desconsiderando, assim, possíveis vieses que pudessem surgir em face de se estar trabalhando com dados subjetivos, carregado de sentimentos, opiniões e posicionamentos, influenciado por motivos particulares, pela espontaneidade, pelo desejo de agradar, pela angústia, pela carência e insatisfação.

Destaca-se na análise de conteúdo, a modalidade da análise temática, que representa por meio de um tema – unidade de significação, o pensamento expresso na fala dos sujeitos, por meio da frequência com que as palavras aparecem nos discursos aliada à sua relevância no contexto da fala. Operacionalmente, foi construída uma categoria, expressa por conteúdos semelhantes, sobre o direito à saúde na perspectiva dos usuários e as estratégias de organização comunitária de que dispunham para o alcance da satisfação de suas necessidades em saúde.

Apresentação e discussão dos resultados

O direito à saúde na perspectiva dos usuários e as estratégias de organização comunitária

Neste tema, aparecem as representações sobre o direito à saúde, no qual os primeiros sujeitos do estudo apresentam a saúde como um direito de todos e universal. Essas representações encontram sustentação na citação de Dallari et al. (1996) sobre a “Declaração Universal dos Direitos Humanos”, quando associa a saúde ao bem-estar e à qualidade de vida, legitimada como direito de todo cidadão pela Constituição Federal de 1988, acessível a todos sem distinção de qualquer natureza.

A vivência cotidiana desses usuários com o serviço de saúde e suas relações evidencia representações que incorporam os preceitos legais de cidadania, conforme os depoimentos que seguem:

[...] Todos têm direito. [...] (RGF)

[...] Ah, é direito de todos [...] (DMB)

[...] eu acho sim que é m direito de todos e deveria ser melhorado isso, porque todo mundo usufrui disso [...] (LMBS)

[...] Temos sim. Eu nunca fiz distinção social, de mínima, a começar de raça porque eu sou mestiça... Nós somos peças de uma engrenagem, e pra essa engrenagem trabalhar bem é preciso que o menor parafuso, ele esteja também ajustado [...] (JNC)

[...] todo mundo tem direito a ter um médico, a ir no médico, chegar lá conversar com o médico do problema, direito de todos independente se você é humilde ou não, todos nós, rico ou pobre, todos nós temos direito à saúde, né!? [...] (DSN)

[...] Tem que ser o que determina a lei [...] (MAD)

Embora não haja aqui a menção direta à Constituição Federal como órgão legitimador e ao Estado como garantidor desse direito, na conformação

jurídico-administrativa de nosso país, ele surge configurado como lei a ser cumprida, cujo grande beneficiário é o próprio usuário, muitas vezes ainda não esclarecido desta condição.

Essa concepção elaborada em seu cotidiano resulta em representações que ganham uma conotação de direito social muito ligada ainda à oferta de serviços de saúde, mas já adquirindo contornos que vão além deste sentido único, interligando-se à dignidade humana, legitimando-se como estrutura de um Estado Democrático de Direito (AIMBERE, 2006). A perspectiva coletiva do direito à saúde, que abarca o direito individual com sua subjetividade, como exposto nas peculiaridades de suas falas, compõe a perspectiva social do direito quando define igualdade no acesso aos serviços e nos cuidados de saúde para todos (DALLARI, 1988).

Do arcabouço legal à prática do sistema de saúde, os discursos a seguir acusam o hiato que existe, percebido e sentido nas ações experimentadas, que cria incoerências entre um direito legalmente garantido e o cumprimento dessa lei constitucional.

[...] Acaba não acontecendo. Todo mundo tem seu direito, mas acaba não tendo [...] (NMSM)

[...] saúde eu acho... No meu ver, uma das piores coisas que pode existir (referindo-se ao serviço de saúde) [...] (ECR)

Na interpretação de NMSM, o direito à saúde surge de forma paradoxal – “tem o direito e ao mesmo tempo não o tem!”, tendendo ao olhar pessimista de sua conceituação, confirmado por assertivas menos alentadoras que imprimem à saúde, e por conseguinte e por causa deste, ao direito à saúde, sua inexistência, caracterizando assim negativamente todo o sistema.

Ou ainda, a certeza de que sua inexistência ocorre pela forma desigual como o direito à saúde se materializa na comunidade.

[...] ah, fulano pode mais que eu, é mais que eu! Então ainda prevalece a lei do mais forte, do manda-chuva [...] (JNC)

[...] Porque tem alguns locais que tem aquela coisa chamada “eu facilito para aquele e não facilito pra esse”, então aquele que eu conheço passa na frente, você que eu não conheço, você espera um pouco (referindo-se a um direito não igualitário para todos) [...] (AJST)

[...] Eu acho... Pra quem tem uma “cunha” lá dentro (da burocracia da prefeitura) consegue, mas quem não tem não consegue não [...] (APT)

As representações elaboradas mostram sujeitos que afirmam somente ter direito à saúde os detentores de poder e influência na esfera das relações, discriminando o indivíduo oprimido e que vive à margem da sociedade dominante, enquanto não detentor do saber que lhe confere *status* de cidadão, legalmente constituído como sujeito e, ao mesmo tempo, protagonista das ações de saúde.

Nobre (2004) afirma que a promoção da igualdade deve se dar concomitantemente à promoção de um cidadão que não seja um mero cliente do Estado, mas que de fato questione a própria lógica de ação estatal oferecida, e que, como sujeito, encontre formas de participação das decisões e novas formas de se promover a igualdade. Para isso, precisa o usuário ampliar os mecanismos de participação e decisão nos diversos espaços de deliberação e de decisão do Estado.

Não bastasse a vulnerabilidade a que estão expostos, frente às situações de fragilidade em que a conformação social lhes impõe, as disputas internas de poder na própria comunidade e a visão unicêntrica de seus interesses esvaziam a força política de seus discursos, enfraquecendo o direito coletivo à saúde, como expressam em suas palavras os recortes abaixo.

[...] as próprias pessoas do bairro brigam por poder, arrumam confusão, aí acaba piorando tudo [...] (LRS)

[...] Eu acho que não, cada um olha somente seu problema, falta união [...] (MHGS)

[...] às vezes tem certas coisas que tem que ter dinheiro, né?! Por exemplo, tem certos exames médicos, que você não tem dinheiro não consegue [...] (RS)

Não faltam sinais característicos de práticas desiguais de saúde, relacionados a vários fatores, embora nenhum juridicamente justificável, mas aqui exemplificado, como o peso financeiro na condução dos tratamentos de saúde que por si só, sua deficiência, torna-se característica da inexistência do direito à saúde, na visão do usuário ouvido.

Quando não atrelado à situação financeira, aparece o direito à saúde vinculado a um benefício concedido pelo Estado somente às vésperas do pleito eleitoral, tornando-se ações pontuais e descomprometidas com a organização do SUS, com seus princípios e diretrizes.

[...] é vergonhoso a gente ver o número de corrupção e a saúde está do jeito que está [...] (LSM).

[...] Às vezes sim, mas não acontece bem não. Por falta de interesse; às vezes acontece quando tá perto da eleição [...] (LG).

Hoje se vive possivelmente um momento histórico no qual o cidadão não tem mais o direito associado à noção de indivíduo igual perante aos seus, momento do direito à saúde contingenciado, até mesmo descartável. Direito este colocado no plano das necessidades e das particularidades e moldado segundo estes valores.

O direito à saúde não se faz presente pela percepção da falta da integralidade das ações locais de saúde, que obriga a busca deste direito em outras unidades, expondo o sujeito a um fluxo interminável de tentativas de entrada no sistema, organicamente não preparado para absorver a crescente demanda, cuja unidade básica de saúde se propõe, no modelo assistencial atual, organizar, absorver e resolver.

Há ainda uma mistura de insatisfação gerada, e relatada, da inoperância do sistema de saúde e sua dificuldade de acesso com a baixa governabilidade gestora na organização desse processo.

[...] às vezes muita gente necessita no bairro deste procedimento e não tem, acaba tendo que ir pra Valença e muitas vezes acaba não conseguindo, porque geralmente tudo hoje é no posto do local onde você mora (referindo-se à regionalização do sistema), então é isso [...] (ESSN)

[...] aqui em Valença tá muito desigual, porque você vai num lugar, o médico passa a receita pro posto, você vai lá e não tem um remédio [...] (NMSM)

[...] aí você tem que conformar com aquilo mesmo, ou correr no pronto-socorro pra poder ser atendido [...] (MAD)

[...] Não, porque muitas das vezes a gente vai no médico, a gente fica na fila do médico das 7 horas da manhã às 5 da tarde, e não consegue um atendimento... Tenho revolta de política, eu se eu não pudesse votar eu não votava, porque o prefeito é assim, na época de eleição ele chaga na tua casa até beijo no rosto, até teus filhos ele pega, depois que você tá precisando de um “troço” bobo, ele chega “ah, infelizmente eu não posso ajudar!”... Aí nós falamos que só quem tem dinheiro tem direito de falar como o prefeito, nós pobres não tem direito não... A gente que somos humildes é assim: nós luta, estuda, minha irmã estudou, conseguiu alguma coisa? Não, mas por quê? (reflexo da desesperança) [...] (DSN)

Esta representação se ancora nas afirmações de Shimizu e Menin (2004), quando se referem à desvinculação existente das práticas políticas e sua lealdade interpessoal com os compromissos legais e ideologicamente elaborados para o sistema, sugerindo que a operacionalização de suas ações prescinde o arcabouço que deveria sustentá-la.

O direito à saúde não está ligado unicamente à necessidade sentida do usuário, embora esta não seja desconsiderada, mas também, e necessariamente, aos princípios

que regem o sistema de saúde, cuja equidade é lembrada na fala de AJST, que na sua representação considera necessário dar mais para quem mais precisa.

[...] Todo mundo tem direito, mas nem sempre todo mundo consegue o que quer [...] (MLSV)

[...] mas a gente fala um direito de todo mundo, mas é um direito daqueles que necessitam, NE? [...] (AJST)

[...] Acho que todo mundo é atendido na medida do possível, né? [...] (MLSV)

O conceito de equidade trabalhado por Barata (2006) inclui a ideia de necessidade, partindo do princípio de que indivíduos possuem diferentes necessidades, e que, portanto, uma distribuição igualitária de recursos tão somente não atenderia obrigatoriamente a estas necessidades.

Vasconcelos e Pasche (2006) reafirmam esse conceito de equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde, prevista no texto legal do SUS, justificando assim a prioridade na oferta de ações e serviços a segmentos populacionais expostos aos maiores riscos de adoecimento e morte, em função da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços no Brasil.

A concepção do direito à saúde incorporando a lógica da equidade é demonstrada ainda pela afirmação de Bodstein (2003), quando afirma que é a partir de um processo democrático que os sujeitos se organizam para reivindicar seus direitos, e que estes só serão alcançados quando todos os indivíduos tiverem a liberdade de serem diferentes em suas necessidades de saúde. Em sua afirmação sobre o direito à saúde, Dallari (1988) diz que o mesmo resulta da junção dos princípios de igualdade e equidade, construídos democraticamente, quando associava o direito individual à liberdade e o direito social à igualdade.

Os direitos fundamentais do indivíduo impõem um dever ao Estado, que, como ente propiciador da liberdade humana, assume uma ação positiva, através de uma efetiva garantia e eficácia do direito fundamental de prestação à saúde, e esta, por ser um direito fundamental de cunho prestacional e social, revela-se como pressuposto para a qualidade de vida e dignidade humana de qualquer pessoa. Com isto, o direito à saúde se consubstancia em um direito público subjetivo, exigindo do Estado, uma atuação positiva para sua eficácia e garantia (HUMENHUCK, 2002).

Os relatos de MLSV e RS exemplificam uma situação de falta de informação para a organização comunitária com conseqüente tomada de decisões engessando-a

e tornando-a refém da própria oferta dos serviços, enquanto que a representação elaborada por LMBS mostra haver a informação para que a comunidade se organize, com consciência da existência do direito à saúde, sem contudo haver, em ambas as situações, o desenvolvimento de ações práticas, contribuindo assim para aumentar a distância que se faz entre o saber e a prática.

[...] Começar por onde é difícil, nosso prefeito é um dentista e ele mesmo não toma uma iniciativa... Então eu não sei de onde partir [...] (LMBS).

[...] Se tem alguma coisa, eu não sei, se tivesse até eu dava um jeito pra melhorar [...] (MLSV)

[...] Com certeza, mas não sei te explicar o quê, mas com certeza tem (alguma ação que possa melhorar o acesso aos serviços de saúde) [...] (RS)

Sposati e Lobo (1992), em seu relato sobre a experiência de um Conselho de Saúde recém-implantado em São Paulo, apontaram o estabelecimento do controle social na história da democratização das políticas de saúde no Brasil, pelo papel denunciador das “ausências e omissões” dos serviços ofertados à população e pela luta em construir um espaço regular para o exercício do controle nos serviços e nas burocracias do sistema de saúde. Embora distante no tempo, chama a atenção a expectativa gerada pela experiência inovadora, à época, da participação da sociedade civil organizada como resultado de um processo de luta e conquista, possibilitado pelo sistema de saúde democrático.

Os relatos subsequentes expõem essa situação, oriunda da insuficiência do direito à saúde percebida: a inquietação que gera a mudança de comportamento e como se organizam para esta tomada de decisão.

[...] mas aquele negócio, o povo não sabe a força que tem, porque enquanto eu sou um formiguinha, entendeu? Você a rainha do formigueiro, e chega um bicho invasor, pode pegar nós dois, se agente estiver sozinho, mas se o formigueiro tiver todo ali, eu duvido, porque aí junta todo mundo em cima... A gente tem que saber lutar, não tem que ter medo não, é isso que eu falo, a gente tem que levantar a cabeça e tem que tentar melhorar [...] (JNC)

[...] Eu acho que da mesma foram que temos direito temos deveres, temos papel na comunidade, temos que interagir [...] (VAD)

[...] Tanto funciona que quando tá sem médico o povo “cai” em cima, o povo começa a cobrar [...] (DMB)

[...] Deve ter cobrança, cobrança cada vez mais, aí acaba conseguindo [...] (IST)

Essa organização comunitária inicial parte do princípio da união como força motriz para o alcance de resultados pleiteados, com comparações pertinentes e culturalmente construídas, esclarecendo que o direito à saúde não se estabelece, se não houver busca ativa e organizada da comunidade para este fim, confirmando o que os documentos ministeriais (BRASIL, 1990; 2006) e os relatos de Guizardi et al. (2004) afirmaram sobre o controle social no SUS, que trazem o tema da participação popular como estratégia para a garantia fundamental do direito à saúde no Brasil.

Os estudos de Ferla (2004) evidenciaram, por meio de análise de material coletado por ocasião da etapa nacional da XII Conferência Nacional de Saúde, que os espaços de participação da população no sistema de saúde vêm produzindo contribuições inovadoras tanto à clínica em saúde quanto à gestão do próprio sistema. Essas contribuições atuam no sentido de reconfigurar a clínica e a gestão, interferindo, em grande medida, no próprio sentido do controle social, como habitualmente é referida a diretriz constitucional de participação da população no sistema de saúde. Ainda segundo o autor, a dificuldade do exercício do controle social está associada a uma insuficiência de recursos interpretativos que garantam aos usuários participação mais efetiva, reafirmando o que as representações dos usuários da UBS Varginha demonstraram, que a informação caminha no sentido oposto ao exercício de cidadania.

A dificuldade encontrada, de que o direito à saúde é mais conceitual do que real, não esmorece seus sujeitos, embora ainda seja sentida, mas superada pela representação de que esse conceito possa ser convertido em realidade, à medida que aqueles que buscam tal realização se comprometam e se engajem na “luta”, na “cobrança” cotidiana, segundo a própria terminologia de DSN e LG, respectivamente.

[...] Agora a gente humilde, como a gente vai fazer, mal dá pra comer com esse salário aí? Pobre não tem futuro, mas enquanto tá escrito, tá escrito (desígnos de Deus), mas a gente tem que lutar, é o que eu falo pro meu menino, tem que estudar pra poder ser alguém a vida [...] (DSN)

[...] a partir do momento que a gente tiver cobrando todo mundo junto ali, não desistir, a coisa pode acontecer. (LG)

O caminho apontado por JNC e VAD, embora não seja de fácil percurso, constitui a representação da forma de tornar o direito à saúde realidade em sua

comunidade, reiterado pelos relatos de DMB e IST, cujas experiências anteriores de busca coletiva demonstraram factibilidade. Com um olhar mais pormenorizado, sobressaem algumas concepções que atribuem à comunidade uma cobrança por melhorias, porém esvaziada de conteúdo, em que a informação necessária e almejada não é alcançada, segundo a representação de DSN.

Os espaços destinados à participação comunitária na organização e monitoramento do sistema, cuja importância os estudos de Machado (2006) em Porto Alegre demonstraram, como os Conselhos Municipais de Saúde, possibilitam a formulação e o acompanhamento conjunto das políticas públicas de saúde. Porém na realidade da Varginha, a importância destes espaços garantidos ao controle social não aparece nos relatos aqui apresentados:

[...] Aqui na comunidade eles só sabem cobrar.... Ninguém tem vontade de buscar informação, só querem cobrar... Vê se alguém vai no Conselho Municipal de Saúde?
[...] (VAD)

[...] É um dever do governo. É um direito nosso e um dever deles [...] (LSM)

[...] mas não parte de ninguém a iniciativa de querer melhorar em nada. Não vejo nada acontecer aqui... mas você nunca procura seus direitos, ninguém faz um abaixo assinado pra melhorar o postinho, ninguém faz. Não parte de ninguém [...] (LMBS).

A maioria das representações coloca a questão do direito à saúde como garantia, sem contudo mencionar que essa garantia se dá pelo dever imputado ao Estado para essa efetivação. Apesar de parecer subentendida esta relação de direitos e de deveres nos discursos feitos e na legislação disponível, um único relato desnuda e questiona o papel do Estado como provedor institucional da saúde da população brasileira, aqui apresentado pelo discurso de LSM e alicerçado nas afirmações de Coan (2007) e Aimbere (2006), quando relatam a evolução do papel do Estado brasileiro e as dificuldades por que passa na garantia desse direito.

O direito à saúde se configura no acesso aos serviços de saúde e às práticas sanitárias, e mesmo o usuário não se achando capaz de reverter a situação de precariedade do acesso individualmente, a insatisfação, quando alimentada pela perspectiva de mudança materializada por ações concretas, compõe a chamada indignação, que leva a uma tomada de decisões coletiva, como possibilidade única de transformação, cientes de que têm direitos, mas que esses direitos só se tornarão realidade por uma busca conjunta (VALLA, 1998).

Para Valla (1998), a conjuntura da globalização e o neoliberalismo, na época da conformação do sistema de saúde brasileiro e ainda hoje, têm modificado as relações entre os governantes e a sociedade civil, criando assim um impasse nas negociações. Esse pensamento é corroborado por Nogueira e Pires (2004), quando afirmam que este impasse somente encontra resolução a partir das distintas forças no interior da sociedade civil e das diferentes reivindicações anunciadas por elas, em seus espaços legítimos de conquista e participação coletiva, e a saúde como direito é fruto de conquista social.

Essa ação conjunta da sociedade civil ganha contornos mais claros neste relato, quando o usuário descreve sua atitude para retornar com o atendimento médico na comunidade, por meio de cobrança pública das autoridades competentes, utilizando veículos de comunicação de massa – sua atitude isolada sustenta sua indignação que começa a se materializar em ações concretas, embora neste caso de maneira individual, não organizada comunitariamente.

[...] se fosse comigo eu já tava na rádio hoje falando, porque eu falo. Eu posso até falar também, não é porque não é meu problema... Ele fala: “pode falar [...] porque vocês têm que falar, vocês têm que reclamar, vocês que são moradores” Então tá! Eu pedi aqui clínico geral pra cá, eu falei na rádio: “tá precisando muito porque as pessoas tão saindo daqui e indo lá pra cidade, quer dizer... É horrível. (MAD)

Ainda na perspectiva de organização para garantir o direito à saúde, aparece nas representações a importância da associação local de moradores como o espaço legítimo e apropriado para esta cobrança. A associação constitui-se em espaço onde o pensamento, a indignação e os anseios da comunidade podem materializar-se como estratégia coletiva de organização e busca.

[...] Ah o pessoal cobra bastante! Se organizam, eles fazem... Aqui tem um presidente comunitário, do bairro, então o pessoal vai em cima dele, faz o pedido:[...] então eles cobram muito, se ficar sem médico aqui as pessoas cobram [...] . (DMB)

[...] A associação tem um poder que ela nem imagina. A associação hoje em dia virou política (sentido pejorativo da palavra), esse é o grande defeito de qualquer associação de moradores. É o presidente da associação, como eu, como x, como y, estar na mão dos políticos. A associação não foi criada para isso, nós estamos fora de foco. Estamos aqui falando que a saúde está fora de foco, nós é que estamos fora de foco... O grande foco da associação é o que você está fazendo, você tá vendo o que a coletividade acha, o que adianta eu ir lá na promoção social (departamento de prefeitura) e conseguir fralda pra “x” e não conseguir pra “y”? Eu tenho vergonha de fazer isso, como presidente de associação, mas é o que acontece, a coisa ficou muito política [...] (LSM)

[...] Eles falaram que a associação (de moradores) poderia cobrar de uma forma direta dos agentes comunitários, mas parou aí... Gente começa a cobrar isso, pra ver que a comunidade é capaz de buscar essas melhorias, no entanto, com o PSF que vai abrir em Chacrinha, a gente tá com medo de acabar aqui [...]. Então com o posto aqui, a comunidade trabalhando, vendo as necessidades, quem sabe?! Melhoria o posto?! [...] (MCLS)

[...] Eu acho que a gente tem um a força que às vezes a gente não sabe, precisa acreditar. Eu acho que a hora que você resolver se mobilizar, você entrar numa associação, correr atrás, se juntar todo mundo, porque agente sozinho não é ninguém, mas e juntar todo mundo a força dobra. Acho que depende de todos nós, depende de cada morador também, que cada um faça sua parte [...] (LG)

[...] Depende da força de vontade da comunidade, porque se a comunidade for unida, não vai ser um ou duas pessoas, vai ser várias pessoas a lutar, brigar para adquirir aquilo pro seu bairro [...] (ESSN)

[...] É um instrumento, mas aqui não organiza, não tem interesse, a comunidade não cobra a pessoa certa pra aquele assunto, então acho que a comunidade devia organizar... (AJST)

[...] Os responsáveis por isso só querem saber de receber dinheiro. Tem que ter um com responsabilidade, ou que “corre atrás” (atribuindo aos gestores a responsabilidade pela situação da saúde pública), mas aqui nada disso faz [...] (APT)

[...] Se juntar, organizar, mas isso tá difícil aqui! [...] (MHGS)

[...] A gente (nós) já fomos na prefeitura, mas falam que vai vir aqui limpar e não vem, e fica um barro “podre” em frente a minha casa, que eles não vieram tirar e a gente que arrastamos o barro. Se organiza, se junta, acontece, mas eles falam que vão vir e nada! [...] (SBC)

[...] A gente tenta, falar, explicar, alguns entendem, outros não, no caso a população, só meia dúzia quer arrumar, e o restante acha que isso não tem importância... Enquanto tem casa para morar e prefeitura pra ajudar a saúde deles fica de qualquer maneira. [...] a gente faz um mutirão e limpa, mas o bairro é carente, porque algumas pessoas não entendem que se limpou, tem que manter limpo, tem que cada um fazer a sua parte, (MCR)

[...] sem comunicação não tem jeito, não vai pra frente [...] (SMPS)

[...] Todo ano, toda prefeitura (governo) fala que o hospital tá fechando, e ele tá em pé, graças à Deus. E é (graças ao) o esforço de muita gente [...] (LSM)

A associação de moradores torna-se referência organizada para assegurar o direito à saúde na comunidade, convivendo com os desafios inerentes aos limites de poder que lhe configuram sem, no entanto, perder seu papel principal de

fomentar e sustentar anseios coletivos de mudança e de busca, aqui representado pelo direito a uma saúde universalizada e de qualidade. Suas ações já produziram resultados concretos para alavancar a qualidade do serviço de saúde no bairro, embora a manutenção de suas conquistas e a sua consolidação como instituição socialmente representativa estejam ainda sujeitas à instabilidade política.

A resposta para a busca pela melhoria no acesso aos serviços de saúde será tão mais eficaz quanto maior for o comprometimento coletivo e organizado das pessoas na reivindicação desse direito, em espaços legítimos de cobrança. A quebra na unicidade desse discurso, com objetivos que não sejam comuns, constitui o naufrágio capital da força das organizações comunitárias, e aparece como justificativa do não engajamento, nas falas daqueles que não acreditam na força mobilizadora de seus membros. Para o pleno funcionamento de uma associação comunitária, faz-se necessário o estabelecimento de um objetivo comum que oriente a forma de se organizar e se sobreponha aos conflitos de interesses pessoais, que podem corroer por dentro as organizações comunitárias e enfraquecem o discurso adotado.

Exemplo real de uma associação comunitária organizada subsidiando o funcionamento de um serviço público de saúde, citado por LSM, constituiu a retomada de funcionamento de um hospital filantrópico, também mantido com recursos do SUS e gerido de forma colegiada e que enfrentou sérios problemas financeiros, mas manteve-se prestando seus serviços à população. Em seu entendimento, somente o esforço dos gestores não seria capaz de reconduzi-lo a seu pleno funcionamento, tendo sido imprescindível a participação comunitária compartilhando sua gestão.

Considerações finais

As diferentes percepções dos sujeitos teceram diferentes olhares dos usuários sobre o serviço de saúde que frequentam e conseqüentemente sobre a garantia do direito à saúde. Para uns, as dificuldades apresentadas não foram capazes de afetar a satisfação que sentem pelo uso do serviço, enquanto que, para outros, condicionaram sua insatisfação à insuficiência do direito à saúde.

A associação do funcionamento dos serviços de saúde à garantia do direito fica exposta nas representações manifestas, estando ainda a noção de igualdade e de equidade como termômetros da saúde como direito constitucionalmente

adquirido. Em suas interpretações, os motivos que comprometem a igualdade e a equidade, como a desigualdade e as iniquidades, respectivamente, levam naturalmente à perda do direito e ao seu insulamento.

A maioria das representações mostra haver consciência das pessoas sobre a interpretação da saúde como direito, embora a representação de sua não efetivação se dê pela prática cotidiana de dificuldade de acesso aos serviços de saúde; pelo favorecimento de acesso a alguns, em detrimento de outros; pela predominância do acesso facilitado pelo acúmulo de poder e de dinheiro; e pelo interesse eleitoral em períodos propícios a esse favorecimento.

As precárias condições socioeconômicas em que os indivíduos se inserem refletem a representação de que lhes falta a saúde como direito constituído, embora não tenham a dimensão de que, muito mais que isso, o que os coloca em tal situação está mais ligado à carência da informação do que à carência material propriamente dita. A falta de informação que gera a insatisfação também condiciona o comportamento de seus sujeitos e compromete seu potencial de participação, retirando-lhes seu papel de controle social, arduamente conquistado na conformação do SUS.

Os diferentes discursos dos usuários do serviço público local permitiram conhecer emoldurado pelas representações sobre o direito a saúde, e apontar o grande caminho que há entre o que é normativamente constituído e o que a prática do serviço lhes permite vivenciar. Torna-se verdadeiro a grande distância que se impõe entre estas duas realidades: a do sistema de saúde com seus gestores e profissionais e a dos usuários deste sistema com suas experiências acumuladas.

Os olhares que emergem destas duas realidades confrontam os saberes normativamente estabelecidos para o direito à saúde, com a representação da prática experimentada cotidianamente em comunidade. O ponto de vista teórico-conceitual que cria um plano ideal de garantia do direito não coincide com o plano real, manifesto em suas representações. Esse confronto cria um grande desafio para todos, defensores do sistema único de saúde, usuários, profissionais e gestores – promover a aproximação das duas distantes realidades, vencendo as inúmeras desigualdades, sociais, culturais, morais e sobretudo éticas, na condução do processo.

Sabedores de que essa aproximação não se dará se não for pelo esforço conjunto de usuários e serviços de saúde (cabendo aqui, profissionais e gestores),

a efetivação do direito à saúde, mais do que somente sua proteção, chama todos à responsabilização, à organização coletiva, sem as quais a voz coletiva nunca terá representatividade e poder de mudança.

Referências

- AIMBERE, F.T. *Direito e valor*. O valor da pessoa humana, 2006. Disponível em: <http://www.advogado.adv.br/artigos/2006/aimberefranciscotorres/direitoevalor.htm> Acesso em: 25 maio 2007.
- ALTH, F.M.A. *Teoria geral do direito sanitário brasileiro*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Serviços de saúde 2006, 458 p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-23102006-144712/pt-br.php> Acesso em: 25 maio 2007.
- BARATA, R.B. Desigualdades sociais e saúde. In: CAMPOS, G.W. et. al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 457-486.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Questões atuais de direito sanitário*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006, 202 p. (Série E. Legislação de Saúde).
- _____. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação comunitária da gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 dez. 1990
- _____. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. *Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico* / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. – 3ª ed. rev. e ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 66 p.: Il (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1979
- BOBBIO, N. *A era dos direitos*. Tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. 212 p.
- BODSTEIN, R.C.A. Democracia e cidadania: notas para um debate sobre direito à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 8, n. 1, 2003.
- CAMPOS, S.L.F. *A responsabilidade na gestão da saúde pública*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Serviços de Saúde Pública, 2006, 86p. Disponível em: <http://dominiopublico.qprocura.com.br/dp/28451/a-responsabilidade-na-gestao-da-saude-publica.html> Acesso em: 02 jun. 2007.
- COAN, A. *A efetivação do direito à saúde à luz do princípio da dignidade da pessoa humana: contributo da hermenêutica filosófica*, 2007. Disponível em: <http://www.fiscolex.com.br/Doutrinas.aspx?EP=1254&EPD=ADRIANA%20COAN> Acesso em: 12 maio 2007.
- DALLARI, S.G. et al. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. *Cad. de saúde Publ.*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 531-540, out.- dez., 1996.

- DALLARI, S.G. O direito à saúde. *Rev saúde públ.*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988.
- FERLA, A. A Participação da População: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 85-108, 2004.
- GUIZARDI, F.L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15- 39, 2004.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estimativa 2009, indicadores municipais*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/universo.php?tipo=31o/tabela13_1.shtm&uf=33. Acesso em: 05 jan. 2010.
- HUMENHUK, H. *O direito à saúde no Brasil e a teoria dos direitos fundamentais*, 2002. Disponível em: jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4839&p=4. Acesso em: 08 maio 2008.
- JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: _____. *As representações sociais* - Tradução de Lilian Ulup, Rio de Janeiro: EdUERj, 2001, p. 17-44.
- _____. Representation sociale: phénomem concept et théorie. In: MOSCOVICI, S. *Physologie sociale*. PUF, 1984.
- MACHADO, F.R.S. *Direito à saúde, integralidade e participação: um estudo sobre as relações entre sociedade e ministério público na experiência de Porto Alegre*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, 2006, 94 p. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=442161&indexSearch=ID>. Acesso em: 3 jun. .2007
- MOSCOVICI, S. *A representação social da psicanálise*. Tradução: Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- NASCIMENTO, P.R. *Espaços de deliberação democrática no SUS e discussão sobre a universalidade de direitos*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Serviços de Saúde Pública, 2006, 174 p. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=442262&indexSearch=ID>. Acesso em: 2 jun. 2007.
- NOBRE, M. Participação e deliberação da teoria democrática: uma introdução. In: COELHO, V.S.P.; NOBRE, M. *Participação e deliberação da teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora 34, 2004. p. 21-40.
- NOGUEIRA, V.M.R.; PIRES, D.E. P. Direito à Saúde: um convite à reflexão. *Cad. de saúde públ.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-760, mai-jun., 2004.
- PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO,

- R.; MATTOS, R.A. *Construção social da demanda*: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 11-32.
- SÁ, C.P. *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes. 1996.
- SHIMIZU, A.M.; MENIN, M.S.S. Representações sociais de lei, justiça e injustiça: uma pesquisa com jovens argentinos e brasileiros utilizando a técnica de evocação livre de palavras. *Estudos de Psicologia*, v. 9, n. 2, p. 239-247, 2004.
- SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. *Cad. saúde pública*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, out./dez.1992.
- VALLA, V.V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad. saúde pub.*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, 1998.
- VALENÇA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, 2006.
- VASCONCELOS, E.M. *Educação popular nos serviços de saúde*. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 1997 (Série Saúde em Debate, 16).
- VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G.W. et. al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 531-562.
- WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P. et al. *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB Editora, 1998.p. 3-25.

Nota

¹ Os sujeitos participantes da pesquisa foram caracterizados de maneira que seu anonimato permanecesse preservado, tendo sido ordenados pelas iniciais de seus nomes.

Abstract

The right to health: representations of users of a primary health unit

This study aimed to get to know the representation of right to health made by users of a health care unit at the city of Valença, state of Rio de Janeiro. A qualitative approach was used, data was collected through semi-structured interviews and organized according to thematic analysis of the content, based on the theoretical assumptions of the theory of social representations. The users represent the right to health as something legally established, but the lack of community organization and of commitment of public authorities and professionals reflect negatively on its full establishment. The representation of the right to health in this study is related to the full operation of the health unit, to equality and equity in access to the health services being offered, and this representation points to need for actions that make the the health service user as protagonist in fulfilling this right.

► **Key words:** qualitative research, right to health, health care.