



Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**O DIREITO À SAÚDE:
REPRESENTAÇÕES DE USUÁRIOS DE UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE**

MARCOS ALEX MENDES DA SILVA

**JUIZ DE FORA
DEZEMBRO 2008**



Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**O DIREITO À SAÚDE:
REPRESENTAÇÕES DE USUÁRIOS DE UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientando: Marcos Alex Mendes da Silva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Girlene Alves da Silva

**JUIZ DE FORA
DEZEMBRO 2008**

O DIREITO À SAÚDE: REPRESENTAÇÕES DE USUÁRIOS DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

MARCOS ALEX MENDES DA SILVA

Dissertação apresentada em 18 de dezembro de 2008 ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, à banca examinadora:

Prof. Girlene Alves da Silva, Doutora - **Orientadora**

Departamento de Enfermagem Aplicada, da Faculdade de Enfermagem da UFJF

Prof. Elisabete Pimenta Araújo Paz, Doutora – **Avaliadora Externa**

Departamento de Enfermagem e Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

Prof. Auta Iselina Stephan Souza, Doutora – **Avaliadora Interna**

Departamento de Políticas de Ação do Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da UFJF.

Prof.^a Isabel Cristina Gonçalves Leite - **Suplente**

Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da UFJF

Prof.^a Beatriz Francisco Farah, Doutora - **Suplente**

Suprema – Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 18 de dezembro de 2008

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, presença certa de minha vida, por mais uma etapa alcançada, onde seu amparo constituiu toda minha fortaleza;

À minha família, em especial à minha esposa Cristiane, pelo permanente incentivo e apoio incondicional, compreendendo nas minhas tantas ausências, que a felicidade de um se constrói com o crescimento do outro;

Às minhas filhas, Amanda e Fernanda, pelo carinho, amor e expressão de esperança, permitindo-me acreditar que os sonhos mais improváveis podem se tornar realidade;

Aos meus pais, Arlete e Evaldo, que me ensinaram acima de tudo, que na vida, o alcance dos objetivos só se dá pela determinação, pelo caráter retilíneo e pela intensa dedicação. E ainda, que não há herança maior que os conhecimentos que da vida podemos apreender;

Ao amigo de sempre, Prof. Dr. Paulo Roberto Figueira Leal, exemplo de conduta profissional e pessoal a ser seguida, pela acolhida sempre alentadora, que me fez lembrar Mário Quintana quando dizia que a amizade é o amor que nunca morre;

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Gírlene Alves da Silva, por acreditar na minha proposta de trabalho, e com muita paciência conduzir minha caminhada acadêmica, amparando-me nos momentos de insegurança, e incentivando-me a buscar o melhor das minhas possibilidades;

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFJF, que compartilharam seus conhecimentos e vivências, abrindo-nos uma janela para a ciência;

Aos colegas da I turma de Mestrado em Saúde Coletiva da UFJF, pioneiros nesta descoberta, pelo apoio e amizade, que subsidiaram chegar até aqui;

Aos usuários da unidade básica de saúde da Varginha, protagonistas deste trabalho, pela lição de persistência e de luta, mostrando haver a esperança de que o direito à saúde se efetive por suas conquistas.

SUMÁRIO

	Página
RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	7
I – APRESENTANDO O TEMA DO ESTUDO.....	8
Objeto de estudo.....	12
Objetivos.....	13
II – REVISITANDO A CONFIGURAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.....	15
III – A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO MARCO TEÓRICO DE ANÁLISE.....	27
IV – PERCURSO METODOLÓGICO.....	33
4.1. Tipo de pesquisa.....	33
4.2. Cenário de estudo.....	35
4.3. Sujeitos do estudo.....	38
4.4. Estratégias de coleta de dados.....	42
4.5. Estratégia de análise de dados.....	44
V – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	46
5.1. A saúde nos discursos dos usuários.....	47
5.2. A doença nos discursos dos usuários.....	51
5.3. Os usuários e o serviço de saúde.....	56
5.4. O direito à saúde na perspectiva dos usuários e as estratégias de organização comunitária.....	70
VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS.....	92
APÊNDICES	
ANEXOS	

RESUMO

O presente trabalho objetivou conhecer a representação do direito à saúde elaborada pelo usuário de um serviço de saúde localizado no município de Valença, estado do Rio de Janeiro; conhecer as representações dos usuários sobre o processo saúde-doença; analisar as representações dos usuários sobre a participação dos determinantes sociais no processo saúde-adoecimento; identificar as formas de organização dos indivíduos da comunidade para assegurarem seu direito à saúde. Utilizou-se a abordagem qualitativa, os dados apreendidos por meio da entrevista semi-estruturada, organizados baseados na análise temática e tendo os pressupostos teóricos da teoria das representações sociais para analisá-los. As representações dos usuários mostram saúde como ausência de sintomas que os impeçam de viver suas ações cotidianas sem restrições. Por outro lado a doença é representada como sintoma físico relacionado às alterações orgânicas. Representam o direito a saúde como algo legalmente constituído, mas que 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, comprovasse 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 tal representação nos 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.

ABSTRACT

This study aimed to represent the right to health made by the user of a health service at the city of Valença, state of Rio de Janeiro, known representations of the users on the health-disease-process; analyze the representations of users on the social determinants participation in the health-illness, identify the forms of individuals organization from the community to ensure their right to health. A qualitative approach has been used, the data seized by the semi-structured, organized based on thematic analysis and taking the theoretical assumptions of the theory of social representations to analyze them. The representations of the users show health as the absence of symptoms that prevent their actions from living everyday without restrictions. On the other hand the disease is represented as physical symptoms related to organic changes. They represent the right to health as something legally established, but that the lack of community organization and lack of commitment of public authorities and professional reflect in a negative way so that the fact in practice has comproved that effectuation. The representation of the right to developed health, is linked to full operation of the unity health, to the equality and equity in access to the given services and such representation indicate the necessity for actions that put the user of the health service as a protagonist in realization of this right.

Keywords: qualitative research, right to health, health care, health care.

I – APRESENTANDO O TEMA DO ESTUDO

Embora a atuação no nível de atenção básica à saúde já datasse desde meu período de recém formado, início da década de 90, a visão crítica fundamentada e contextualizada passou a fazer parte do meu cotidiano de trabalho somente no ano de 2005. Mesmo que durante a minha graduação tenha sido alertado sobre esse espaço, o elo norteador da formação estava centrado na ação realizada em consultório e clínicas especializadas, cenário de minhas práticas até então.

Em 2005, enquanto me preparava para finalizar minha monografia de conclusão de curso de especialização em Saúde Coletiva, tive a oportunidade de me aproximar desse cenário quando fui convidado a acompanhar um trabalho comunitário mantido pela Universidade Severino Sombra, em Vassouras, que prestava assistência odontológica a alunos carentes. A ação que deveríamos implementar tratava-se de uma técnica inovadora de tratamento restaurador atraumático¹, desenvolvido pela Universidade da Holanda para os campos de refugiados na Ásia e na África, na década de 80, onde a única opção de tratamento eram as extrações dentárias.

Este convite me instigou intensamente a conhecer na prática tal técnica, uma vez que era meu tema da citada monografia, que se propunha a fazer uma discussão teórica da técnica e sua aplicabilidade, tendo o custo dos materiais empregados como base da revisão de literatura trabalhada.

1 A técnica consiste em remoção parcial de tecido cariado do elemento dentário, com utilização de escavadores manuais, com posterior selamento, dispensando todo aparato tecnológico convencional, com uma perspectiva definitiva de trabalho.

A experiência foi bastante enriquecedora, o que me fez vislumbrar empregá-la em comunidades desfavorecidas de meu município, tendo em vista a atenção integral de nossos pacientes excluídos do sistema odontológico de atenção à saúde, sobretudo por questões financeiras.

Na ocasião, procurei um professor que havia sido contratado recentemente para implementar um programa comunitário, na Faculdade de Odontologia de Valença, e lhe propus uma parceria, onde eu entraria com minha experiência anterior em Vassouras, e em contrapartida, ele viabilizaria, através da Faculdade, minha inserção no sentido de resgatar a saúde coletiva como campo de trabalho na graduação, para os alunos do curso de Odontologia, campo este pouco valorizado pelas instituições formadoras. No entanto, mais recentemente, com as novas diretrizes curriculares propostas para os cursos da área de saúde, pelo Ministério da Educação e Cultura em 2003, as ações da odontologia passaram a contemplar a atenção básica contextualizada nos cenários do sistema único de saúde (SUS).

Uma vez construída esta parceria, partimos para campo em busca de uma comunidade desfavorecida de cuidados em saúde bucal, ou seja, que se encontrasse em situação de vulnerabilidade individual, social e programática – onde, acreditávamos nós, o projeto seria amplamente aceito e melhor desenvolvido. Para a parceria com a comunidade, precisávamos de uma escola inserida nesta, que pudesse ser a referência para receber as demandas através dos sujeitos vulneráveis e assim viabilizar a implementação do projeto de trabalho.

Consultamos a Secretaria Municipal de Educação, e dentre 50 escolas municipais, a escola Fernando de Oliveira Castro, localizada no bairro periférico da Varginha, foi a escolhida por preencher os critérios previamente definidos. Inúmeras características estavam relacionadas à escola, como a carência de recursos humanos e materiais; o alto índice de cárie dentária associado aos escolares; sua localização à margem do centro urbano, sobretudo em local dito de risco; sua situação sócio-econômica precária; dificuldade de acesso à assistência médico-dentária, com incidência de muitos casos de urgência; entre tantos outros, não aqui mensuráveis.

Do levantamento das necessidades bucais iniciais, passando pelo trabalho de educação em saúde desenvolvido pelos acadêmicos, ao tratamento restaurador em si, conquistamos alguns aliados: a associação de moradores local, os agentes comunitários de saúde e os educadores da referida escola. Isto nos permitiu

avançar, agora pleiteando um envolvimento comunitário ao programa, o que nos fez organizar, com nossos alunos, uma experiência de visita domiciliar, em que os agentes comunitários de saúde (ACS) iriam conosco até os domicílios por eles selecionados, apresentando-nos às pessoas, e lá desenvolveríamos uma visita balizada nas orientações de saúde bucal, com escovação e orientações.

Fomos bem recebidos, apesar das constantes reclamações de saúde, comum quando se deparam com pessoas vestidas de branco, e que no imaginário popular estão sempre associadas aos profissionais médicos, portadores das curas. Para muitos dos questionamentos, tivemos poucas respostas, o que nos colocou diante de uma dura realidade, desconhecida por muitos de nós: as necessidades odontológicas representavam uma parcela ínfima das necessidades pelas quais passavam aquelas pessoas, e que não havia como falar de saúde bucal desconsiderando tantos outros problemas, das mais variadas ordens, como a falta de emprego de muitos, de moradia digna, de lazer, de acesso à informação, de transporte, de saneamento, de cuidado, de atenção, enfim, de inclusão social.

As informações que foram trocadas nas visitas entre nossa equipe, agentes comunitários de saúde e os usuários, resultaram em ampla discussão em sala de aula, na faculdade, com nossos alunos. Discutimos a exclusão do direito à saúde por que passam as pessoas visitadas e seu desconhecimento frente ao que legalmente lhes é resguardado, no que tange a este direito, e concluímos que, aquela comunidade necessita muito mais do que cuidados bucais: necessita, sobretudo, de informação, que os torne sujeitos de direito na construção deste processo, que é a saúde. É a triste face daqueles que se habituaram a viver com tão pouco, e que desconhecem seus direitos enquanto pertencentes a um sistema de saúde universalista e eqüitativo, ancorado no bem-estar social, onde saúde pressupõe muito além dos cuidados médicos assistencialistas, e acena para condições dignas de vida para todos, indistintamente.

Sendo cirurgião-dentista, recém especializado em saúde coletiva, esta realidade me fez sentir impotente, engessado, aprisionado no meu restrito conteúdo técnico-científico, tão preocupado em transmitir meus saberes odontológicos, em meio a um cenário não preparado para corresponder aos meus anseios de saúde bucal - suas necessidades sentidas eram outras! A saúde está muito além da boca.

O trabalho de saúde bucal desenvolvido na escola mostrava uma realidade diferente daquela percebida quando da experiência de visita domiciliar, uma vez que enquanto estávamos na escola, lidávamos somente com as necessidades bucais daqueles que ali estavam – os escolares. Quando tivemos contato com os lares desses escolares, por meio da visita, pudemos perceber as carências pelas quais passavam suas famílias, extrapolando suas necessidades de saúde bucal. Muito embora, algumas poucas famílias não se dispusessem a trocar informações sobre saúde bucal, tanto por ignorar sua importância na saúde geral, quanto por ignorar o que fosse saúde, a grande maioria mostrou-se receptiva, expondo-nos a seu modo, seu cotidiano de vida saudável, ou pretensa a ser, segundo a sua percepção.

A partir desse trabalho, a saúde bucal dos escolares tem avançado nesta comunidade - hoje temos um programa permanente implantado na escola, com alguns indicadores animadores, inclusive com atendimento referenciado para unidade básica de saúde (UBS) local para os escolares. No entanto ainda me inquieta as necessidades de saúde que pude perceber nesta comunidade, tais como a falta de um atendimento médico e odontológico regular; a falta de acesso ao atendimento prestado na UBS local, quer por escassez profissional, quer por limite nas fichas de atendimento disponibilizadas; a prevalência de doenças psicossomáticas e crônicas; a ociosidade de uma faixa etária produtiva; a desestrutura familiar reinante; a criminalidade emergente; a violência domiciliar; o alcoolismo; enfim, toda a gama de necessidades sociais que condicionam e determinam o processo de adoecimento.

Não é difícil perceber que as condições de vida desta população do bairro da Varginha se desenvolveram à margem daquelas vistas no centro urbano do município de Valença. Tal fato caracteriza a população ali residente, como excluída e marginalizada da sociedade, carente em todos os aspectos: social, cultural, econômico, em termos de saneamento, de atenção à saúde, de nível de desemprego, em envolvimento com atos ilícitos; desabilitada para a busca de situações melhores para si. Em suma, de grande vulnerabilidade social, fazendo-se necessário identificar a representação que eles têm, com relação ao direito à saúde que lhes é assegurado, e como convivem com esta perspectiva.

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, autor como Sá (1995), diz que as *representações sociais*, pelo 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 idéias 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. O que Vasconcelos (2003) reforça quando diz que a busca de suas autonomias configuraria a conquista de sua cidadania.

Motivado pelo cotidiano da minha prática junto a essa comunidade, fui levado a elaborar alguns questionamentos: o que sente esta população frente a essas limitações e carências? No que contribuímos enquanto profissionais de saúde na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas? Temos sido realmente instrumentos que buscam formar sujeitos em nossa prática clínica capazes de reivindicar seus direitos a assistência à saúde? Com que representação de saúde estamos trabalhando? O que é a saúde para eles? Será que o que lhes é oferecido como cuidado em saúde é suficiente para satisfação de suas necessidades?

A partir desta situação, me propus a realizar esta pesquisa que tem como **objeto de investigação as representações sobre o direito a saúde na concepção do usuário de um serviço público de saúde.**

Para responder ao objeto em investigação, os seguintes objetivos foram elaborados para o estudo:

Objetivos:

Geral

Conhecer a representação do direito à saúde elaborada pelo usuário de um serviço de saúde localizado na comunidade do bairro Varginha, no município de Valença, estado do Rio de Janeiro.

Específicos

- Conhecer as representações dos usuários sobre o processo saúde-doença;
- Analisar as representações dos usuários sobre a participação dos determinantes sociais no processo saúde-adoecimento;
- Identificar as formas de organização dos indivíduos da comunidade para assegurarem seu direito à saúde.

No Brasil a constituição de 1988 no seu artigo 196, que trata da saúde, possibilitou universalizar e democratizar todo o processo da saúde-segurança a uma população demográfica e socialmente bastante desigual. Orgânica e legalmente, o início da década de 90 legitimou a saúde como direito de todos, mediante a promulgação das leis orgânicas do SUS, a nº 8080 e a nº 8142, garantindo inclusive participação popular no modelo de gestão do sistema, por mecanismos próprios, mas fundamentalmente, garantindo por lei, o direito à saúde.

Em função da configuração do sistema, a descentralização administrativa, a municipalização, a participação comunitária e o controle social na gestão do SUS, tornam o espaço das cidades o cenário propício para a implementação das políticas públicas de saúde, com vistas ao paradigma da promoção de saúde, com a função de garantir o direito de acesso às frentes de atenção à saúde universalista do sistema vigente.

Ancoro minhas inquietações em Martinez-Sanches & Ros (2006), quando relacionam o conceito de saúde com as escolhas pessoais e com o estilo de vida, representação esta, predominante na classe social alta; a saúde associada a um valor a ser buscado, conquistado, representativo da classe média; e a saúde associada a uma necessidade, sobretudo nas classes baixas, compatível com o trabalho realizado, necessário a seu sustento. Esses resultados mostravam a coerência entre concepção de saúde e o meio em que as pessoas viviam.

No que diz respeito ao direito à saúde, Nogueira & Pires (2004) ao analisá-lo 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, se fazendo necessário pela ótica de quem o dá e não de quem o recebe.

Mas o simples fato de a Constituição Federal Brasileira, em seu Título I, consagrar como um de seus princípios fundamentais a dignidade da pessoa humana, não pode levar-nos à conclusão de que a dignidade tenha, em razão disso, assegurada seu devido respeito e proteção no ordenamento jurídico (AIMBERE, 2006).

No estudo pretendi fazer uma abordagem da concepção de direito à saúde sob o olhar do usuário do serviço de saúde, sem, no entanto, utilizar como âncora de análise os princípios legislativos sobre o direito constitucional à saúde, mas perceber como esse usuário constitui a teia da correlação estabelecida entre ele e o serviço para assegurar sua assistência à saúde. Neste sentido, a teoria das representações sociais constitui-se em referencial privilegiado de análise, pois permite trazer à luz da discussão como esse usuário elabora suas representações sobre a saúde, sobre o adoecimento, sobre o serviço por ele acessado e como é capaz de tomar decisões que lhe assegurem a assistência garantida.

II – REVISITANDO A CONFIGURAÇÃO O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

"...As desigualdades flagrantes na situação sanitária dos povos, tanto entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento quanto no próprio interior dos países, são política, econômica e socialmente inaceitáveis (...)"
(Minayo, 1999)

A referência à Organização Mundial de Saúde – OMS, por Minayo (1999), refletia a profunda situação desigual pela qual vinham passando os países nas décadas anteriores, sobretudo no que diz respeito à saúde, embora algumas iniciativas, a partir da preocupação com a situação de vulnerabilidade social, viessem sendo tomadas, a exemplo da Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978, que sinalizou uma mudança paradigmática para a construção do conceito de saúde, a partir de então.

De acordo com Pinheiro, Guizardi, Machado et al. (2005), no Brasil existe uma experiência inovadora de construção de direitos de cidadania², 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 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

² Segundo Bonavides (1988) a palavra cidadania é sinônimo de povo, no sentido de conjunto de cidadãos. Constitui a ordem jurídico-política de um Estado, na qual a Constituição define e garante direitos e deveres em função de suas peculiaridades.

promulgação da lei orgânica da Saúde nº 8080/1990, definindo a política de saúde no Estado brasileiro.

É necessário ressaltar que antes do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde não era um direito de todos e muito menos um dever do Estado, ou seja, o direito à saúde estava restrito a uma parcela da população que podia contribuir para garantir este benefício, como se fosse uma modalidade de seguro social. Deste modo, é oportuno aqui revisitar a história das políticas públicas de saúde no Brasil, embora não tenhamos a pretensão de aprofundar neste tema, no entanto, entendemos ser necessário para contextualizar o tema do direito à saúde.

Para compreensão da evolução da atenção à saúde disponibilizada para a população como sociedade civil, portadora de direitos e de deveres, é preciso acompanhar historicamente a evolução do papel do Estado como cuidador, ou mesmo legitimador dos direitos desta população. Compreende-se este direito, pela ótica da dignidade da pessoa humana por meio da solidariedade, tão bem sinalizada pelo Estado Democrático de Direito (COAN, 2007).

Solidariedade esta, entendida como ação capaz de ajudar, sem, contudo, estabelecer uma relação de dependência entre cuidador e cuidado, anulando o segundo em benefício da transcendência do primeiro. Solidariedade diferenciada de caridade compassiva, não alienante, não escravizante, interdependente (Caponi, 2000).

Para Santos (2000), o consumismo, decorrente da hegemonia capitalista, impediu, o estabelecimento da figura do cidadão, desvirtuando o foco das classes alta e média, que se recusaram a sê-las e dos pobres que jamais puderam ser. As classes alta e média foram condicionadas a só quererem privilégios e não direitos.

Coan (2007) salientou a importância do constitucionalismo, neste processo evolutivo, legitimado pela tradição jurídica, como limitador e controlador do poder executivo, o que permitiu a consolidação de um Estado que fosse democrático e garantidor dos direitos dos cidadãos. Isso fez com que o constitucionalismo passasse a ser entendido como dispositivo formal desta consolidação democrática

no Estado Moderno, o que explica a necessidade da incorporação da garantia do direito, antes de tudo, como lei constitucional. 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.

As primeiras ações de saúde pública no Brasil e sua evolução até a conceituação da saúde como direito constitucional, é descrita por Baptista (2005), que recorre ao período colonial, como referencial inicial de análise, com a vinda da família real para o Brasil, em 1808, demonstrando haver, naquela época, o interesse em manter uma mão-de-obra saudável a serviço da realeza, sem que as práticas de saúde obedecessem a qualquer regulamentação, realizadas segundo os costumes da época.

A transição para o período de república, ainda segundo a autora, inicia um novo ciclo sanitário, impedindo que as epidemias enfraquecessem a mão-de-obra cafeeira, base da economia burguesa da época, por meio de ações de saneamento e urbanização, e de imunização coletiva, novidade que causou grande conflito. Esse período histórico apresentou grande avanço em ações coletivas e preventivas, mas deixou desamparada grande parte da população que não possuía recursos próprios para custear ações de assistência à saúde.

Na década de 20, por meio da aprovação da Lei Elói Chaves, a contribuição mensal, em forma de descontos em folha de pagamento, garantiria aos trabalhadores o direito à aposentadoria por tempo de serviço, o

tratamento médico com seus medicamentos, o auxílio funeral e ainda o direito de pensão para os herdeiros. Esse modelo foi adotado e aplicado a várias categorias profissionais, em que seus órgãos de classe garantiam a assistência médica para determinada parcela da população, sob tutela do Estado, sem que este gastasse nenhuma verba pública federal com esta garantia (BERTOLLI FILHO, 2004).

A institucionalização da saúde pública no Brasil se deu na era Vargas, segundo Bertolli Filho (2004), com a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública, em novembro de 1930. Essa nova organização do setor saúde anunciava o compromisso do Estado em zelar pelo bem-estar social sanitário da população, constituindo o primeiro esboço de sistema de proteção social, ainda assim, com o direito à assistência à saúde restrito à condição de segurado.

A saúde como direito passa a ser discutida mundialmente a partir da "Declaração dos Direitos Humanos", aprovada em 1948 pela Assembléia Geral das Nações Unidas, que em seu artigo 25 faz a seguinte afirmação: "*... todas as pessoas têm direito a um padrão de vida adequado à saúde e bem estar próprios e de sua família, particularmente alimentação, moradia, vestimentas e assistência médica e necessários serviços sociais, direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outra falta de meios de sobrevivência em circunstâncias fora de seu controle.*" (DALLARI, ADORNO, FARIA et. al., 1996).

No preâmbulo da Constituição Federal de 1946, no pós-guerra, já tínhamos 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 Hipócrates³, 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.

Transformação esta, que a OMS veio enfatizar por meio dos aspectos sociais incorporados a atenção primária à saúde, assunto proposto ao mundo na Declaração de Alma Ata, em 1978, alicerçado em valores e crenças comunitários associados ao exercício da atenção principal (MARTINEZ-SANCHES & ROS, 2006).

Baptista (2005) ressalta que a partir da década de 50 ocorreram mudanças neste sistema de proteção social brasileiro, acompanhando o acelerado processo de industrialização, gerando uma demanda produtiva que deveria ser atendida pelo sistema de saúde, onde seria necessário aumentar o nível de saúde da população, para que o país se desenvolvesse. Mas ainda não havia o direito à saúde se configurado de forma integral e irrestrita, embora as políticas de saúde tivessem se tornado importante instrumento do Estado, que contribuía para melhorar as condições de vida da população.

O início da década de 70 levou à inclusão de novos sujeitos atendidos pelo sistema, tendo o Estado contratado diversos serviços privados para este fim, mas ainda com grande exclusão do direito à saúde, materializado pelos alarmantes indicadores de saúde prevalentes no país. O excessivo gasto do setor saúde, seus altos índices de mortalidade e morbidade, associado à insatisfação popular, foram fatores determinantes no processo de reforma sanitária que se desenhava, clamando por mudanças no sistema, cuja democratização de suas ações consistia em bandeira de luta (Baptista, 2005).

Paim & Almeida Filho (1998) dizem que as propostas do Banco Mundial, principal financiador do setor saúde na América Latina na década de 70, baseavam-se muito mais na eficiência e na eficácia do que na equidade requerida a um sistema universalista, claramente percebido pelas políticas macroeconômicas de ajuste historicamente imputadas ao setor.

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

³ Filósofo grego que viveu no século IV a.C. e afirmava existir influência das cidades e do modo de vida de seus habitantes sobre sua saúde.

causadores de doenças, seu agente etiológico único, estando esta corrente associada à saúde meramente como ausência de doença. Esta 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 uma Estado de bem estar social.

Da conceituação da saúde em 1948, à proposta promocional de Alma Ata em 1978, Martinez-Sanches & Ros (2006) justificam a transição conceitual neste período de 30 anos, com incorporação das ciências sociais à significação, pela abstração do conceito de saúde inicialmente proposto, beirando a utopia, por ser um estado estático – ou tem ou não se tem saúde. O que ficou demonstrado por alguns estudos empíricos, considerando a saúde como valor representativo, segundo diferentes grupos sociais avaliados, remete sua conceituação a alguns significados próximos às suas realidades.

1.1.1.1 *Esta trajetória do papel do Estado acompanha uma nova conceituação da saúde, uma vez ser este direito garantido por lei. Da conceituação meramente biológica, passamos a uma associação legítima desta com a qualidade de vida, representado pelas condições dignas a que todo cidadão tem direito, de envelhecer de forma saudável e confortável, ladeado por condições ambientais compatíveis com sua dignidade e cidadania, como afirmaram Lima, Gerschman & Edler et. al. (2005).*

A saúde, entendida em todo seu contexto, já sendo trabalhada historicamente desde a década de 40, incorporava os fatores sócio-econômico-culturais como determinantes e condicionantes do processo de adoecimento, e no Brasil, acompanhava e se refletia de modo tão claro, de acordo com o cenário político em que se desenvolvia, que passou inclusive a figurar, décadas adiante, no texto constitucional, ganhando ares de seguridade social (DALLARI, 1988).

Esta garantia constitucional da saúde como direito, possibilitou 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, ADORNO, FARIA 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 idéia de dignidade humana deve ser buscada em função de um Direito Natural, posto tratar-se de um direito comum a todos e, ligados 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, ADORNO, FARIA *et al.*, 1996).

A Constituição Brasileira de 1988 estabelece a pessoa humana como o sujeito de Direito legitimador de todo o ordenamento jurídico, ou seja, a pessoa humana é o valor máximo da República, independente de quaisquer características que os diferenciem, afastando-se com isso qualquer convicção calcada nos preceitos dos Estados Totalitários, que têm por base o pressuposto de que os seres humanos são encarados como supérfluos, e com grau de importância escalonado mediante suas condições sócio-econômicas (AIMBERE, 2006; BRASIL, 1988).

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 convivemos.

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).

Cabe sobretudo ao Poder Legislativo a elaboração de leis, inclusive as orçamentárias, que assegurem a implantação dessas ações, e ao Poder Executivo, por meio da definição de prioridades e da escolha dos meios, a sua realização (BRASIL, 2006a; BRASIL, 1988).

A mesma constituição, que assegura a saúde como bem jurídico e direito social, outorga-lhe uma proteção jurídica especial - o Ministério Público brasileiro, anteriormente defensor do Estado, aqui, como defensor dos interesses do povo, com autonomia, independência e poder para tal, assegurando as características legítimas de um Estado Democrático de Direito, onde instituições fortes precisam existir para garantir os interesses da sociedade, sob o julgo da lei (BRASIL, 2006a).

O papel do Ministério Público passa a ser o de ajudar a legitimação dos interesses do cidadão na garantia de seus direitos, definido da seguinte forma no texto constitucional:

“zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia” (BRASIL, 1988, art. 127, caput, CF)

Apesar da inovação do papel do Ministério Público, parece que o despreparo técnico desses profissionais para com a área de saúde, acaba levando as decisões para o campo do Direito Penal, o que faz com que muitas vezes, a punição de gestores que fazem mau uso do sistema, não assegure o direito à saúde àqueles que dele necessitem (BRASIL, 2006a).

Ainda que a instituição formal do Sistema Único de Saúde 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 satisfazer o interesse público (garantir o Direito à Saúde) (CAMPOS, 2006).

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.

As mudanças políticas e econômicas que se deram nos anos 1970 e 1980 determinaram o esgotamento do modelo sanitário baseado tão somente na doença e nas superespecializações como forma de enfrentá-las. Essas crises e o processo de redemocratização do país determinaram novos rumos nas políticas públicas e fizeram surgir, na arena sanitária, sujeitos sociais que propunham um modelo alternativo de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

O cenário político-social de conformação da Constituição Federal de 1988, era de forte rejeição à centralização imposta, autoritariamente, pelo regime militar que perdurou até início da década de 80. Em função do período de redemocratização que se instalou, associou-se a democratização ao processo de descentralização em andamento, e ampliaram-se os direitos sociais da cidadania, integrando-se, sob o conceito de seguridade social, a proteção de direitos individuais (previdência) e a proteção de direitos coletivos (saúde e assistência social). Esse processo se fez por meio da descentralização de competências e de receitas tributárias para Estados e municípios. Na Saúde houve, naquele momento, uma clara preferência pela municipalização, que viria como resposta aos anseios da reforma sanitária brasileira (BRASIL, 2006).

A VIIIª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, onde foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde, teve desdobramentos imediatos num conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que serviriam de base à elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988. O relatório final da conferência colocou três grandes referenciais para a reforma sanitária brasileira: um conceito amplo de saúde; a saúde como direito da cidadania e dever do Estado; e a instituição de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da

universalidade, integralidade, da descentralização e da participação comunitária (BRASIL, 2006).

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 torna-se viável (NASCIMENTO, 2006), por meio dos conselhos e conferências de saúde, espaços abertos legitimamente para essas ações democráticas (BRASIL, 1990a).

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, PINHEIRO, MATTOS et al., 2004).

Desta forma, a participação da população é apresentada como sendo mais ampla do que o simples controle, na medida em que envolve todo o processo, que vai da formulação das políticas à intervenção no campo das práticas. Abrange, com isso, desde seu interior à trajetória da política pública, revelando-se como uma participação na constituição dessa política. Essa concepção de participação coloca a população como protagonista do projeto de construção social do direito à saúde, de tal modo que o relatório da VIIIª Conferência Nacional de Saúde afirma que, para assegurar esse direito a “toda população brasileira”, ou seja, o direito universal à saúde, considera-se imprescindível “estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios” (BRASIL, 2006).

A universalidade do acesso à saúde, materializou-se pela superação da separação que havia no sistema público de saúde brasileiro entre os incluídos e os não incluídos economicamente. Para os incluídos havia a Saúde Previdenciária a

que tinham direito os portadores da “carteirinha” do Inamps; para os não incluídos restavam a atenção ambulatorial provida por unidades de medicina simplificada e a atenção hospitalar prestada por entidades filantrópicas aos indigentes, como ainda nos mostrou o referido documento do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (BRASIL, 2006).

Estudos de Machado (2006) em Porto Alegre demonstraram a importância dos Conselhos de Saúde na formulação e acompanhamento das políticas públicas de saúde, permitindo-lhes novas estratégias na luta pela garantia do direito à saúde. Na disputa dos usuários dos serviços de saúde, onde o princípio da universalidade aparece como recurso legal, o Ministério Público passa a ser importante parceiro, uma vez que com frequência os usuários o acionam, no intuito de garantir seu direito à saúde.

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, onde 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, ADORNO, FARIA *et al.*, 1996).

Os autores ainda informam que os direitos não garantidos pelo poder Executivo, podem ser assegurados pelo poder Legislativo, onde se encontram os representantes do povo, e por fim, na insuficiência do legislativo, esta garantia do direito à saúde será salvaguardada por meio do poder judiciário, devidamente requisitado.

Embora, ao revés, o Poder Judiciário vem encontrando grandes dificuldades em proteger e efetivar a dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais por ela consagrados, principalmente quando a garantia desses direitos guarda relação com as minorias sociais (AIMBERE, 2006). O autor ainda assinala que não se pode deixar de reconhecer como elemento complicador à efetivação desses direitos a omissão do Poder Legislativo que insiste em ignorar, e com isso, deixando de positivar os novos fenômenos sociais que efetivamente se tornaram uma realidade incontestável no seio de nossa sociedade.

Desse modo, ignoram-se as representações sociais, afirmações e explicações que se originam na vida diária, caracterizando seus anseios mais prementes, e padroniza-se uma verdade única, como necessidade comum normativa e previamente concebida (SÁ, 1996).

Bahia (2005) mostrou que no Brasil a insuficiência na garantia do direito à saúde pelo Estado, permite conviver, harmoniosamente, um expressivo mercado de serviços e empresas de planos de saúde privadas, em constante tensão com o sistema público universal de atenção à saúde. O resultado deste conflito tem sido o aumento efetivo das desigualdades sociais, o que coloca em risco o caráter universal do SUS.

Para Shimizu & Menin (2004), existe um jogo duplo na política brasileira, em que o discurso público, em contra posição à prática, se refere aos direitos e necessidades dos cidadãos do país, de uma nação regida e fundada em seus cidadãos; porém, o que impulsiona o cotidiano da sociedade é uma prática política que se rege pela lealdade das relações pessoais, desvinculadas de qualquer compromisso legal ou ideológico. Essa dupla realidade não passa despercebida pela população brasileira, sobretudo aquela com acesso à informação, que busca, assim, na atividade política, a ética das relações.

Nesse embate pela garantia de acesso, é oportuno considerar a resistência da saúde privada em se colocar de forma complementar às ações públicas de saúde, claramente definida como diretriz do sistema, na Lei Orgânica 8080 de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o SUS, caracterizando tensões financeiras em um sistema de economia capitalista, ancorado em pressupostos ideológicos de solidariedade, pois para este, o que está em jogo é o lucro (BRASIL, 1990).

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.

III - A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO MARCO TEÓRICO DE ANÁLISE

Embora as representações sociais tenham sido muito utilizadas pelas ciências sociais no século XIX, no início do século XX caíram em desuso, só voltando ao campo das produções científicas na década de 60, pelo trabalho de Serge Moscovici difundindo a psicanálise na cultura francesa, e a partir daí, permitindo divulgar ao mundo vários aspectos sociais particularizados. E a partir da década de 90, esse conceito vem sendo muito utilizado, sobretudo no campo da saúde, educação, ecologia (SILVA, 2004).

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 idéia 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 falamos 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 nossa capacidade de continuar a imaginar.

Ainda segundo o autor (1978), a razão para que as representações sejam sociais, reside não só fato de serem produzidas, engendradas coletivamente como também, graças às transformações de ordem cognitiva, permitindo que elas inscrevam o sujeito nas relações coletivas concretas. Quando da criação da representação de uma teoria ou de um fenômeno científico, o indivíduo ou o grupo, está na verdade, reatando, como o modo de pensar e de ver, que existe e subsiste, retoma e recria o que foi encoberto e eliminado. A passagem de uma teoria científica à sua representação social responde justamente à necessidade de suscitar comportamentos ou visões socialmente adaptados ao estado de conhecimento do real.

As representações podem ser estudadas como produtos e como processo. Enquanto produto as representações sociais emergem como pensamento constituído ou campo estruturado, cujos elementos constituintes são as informações, imagens, crenças, valores, opiniões, elementos culturais, ideologias, etc. incluem-se dentro desta perspectiva de estudo, os trabalhos que investigam imagens de objetos de estudo socialmente valorizados como o corpo, a cultura, a criança, a mulher, a doença, etc. A segunda perspectiva trata das representações enquanto esquema figurativo, ou núcleo estruturante, ou ainda núcleo figurativo, pois seu objetivo é fazer emergir os elementos em torno dos quais estrutura-se um sistema representacional (JODELET, 1989).

A autora ressalta que as representações enquanto produto, são referidas às condições de sua produção, a análise dimensional do conteúdo tende a ser complementada pela investigação dos fatores determinantes da estruturação do campo representacional.

De acordo com Laplantine (1991) os estudos baseados na noção de representação, devem privilegiar sempre a junção individual e social e os três domínios de investigação: o campo do conhecimento, o campo do valor e o campo da ação. Para o autor, a representação sendo simultaneamente expressiva e construtiva do social, consiste não só em um meio de conhecimento, mas em um instrumento de ação.

O caráter multifacetado das representações sociais dificulta sua definição entre os que a utiliza, mas Jodelet (1984), elabora uma definição sobre a qual concorda a comunidade científica, caracterizando-a, a representação social, como 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”* (p. 22).

De acordo com Wagner (1998) o processo de elaboração do conhecimento do senso comum, raramente surge sem necessidades práticas. Mudança nas condições de vida dentro da sociedade, muito freqüentemente, dá surgimento a uma reelaboração e modificação da concepção dos objetos sociais, ou seja, um fenômeno desconhecido e, portanto, não familiar, resultante das mudanças nas condições de vida de um grupo, se suficientemente relevante, inicia um processo de comunicação para torná-lo inteligível e controlado. As representações sociais podem ser pensadas como uma teoria sobre a construção social; que em um sentido são socialmente construídas, e, em outro sentido, o conhecimento é criado pelo grupo.

Assim, se aproximarmos tal proposição do objeto em estudo, podemos 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) ainda nos alerta que agindo no sistema de representação, os membros de um grupo criam objeto representado, dão-lhe significados e realidade. A interação entre as pessoas expressa e confirma suas crenças subjacentes; de fato a representação social é sempre uma unidade do que as pessoas pensam e do modo como fazem. Desse modo, 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.

As representações são modalidades de conhecimento particular que circulam no dia-a-dia e que detêm como função a comunicação entre indivíduos, criando informações e nos familiarizando com o estranho, de acordo com as categorias de nossa cultura, por meio da ancoragem e da objetivação (MOSCOVICI, 1978).

A estrutura de elaboração de cada representação tem uma face figurativa e uma simbólica. Para Moscovici 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.

Os processos de **objetivação e ancoragem** permitem-nos compreender a articulação entre conteúdo cognitivo e as determinações sócio-históricas em que surgem e circulam as representações. O funcionamento e elaboração das representações têm sua explicação através da articulação destes processos: o processo de objetivação é cumprido pela duplicação de um sentido por uma figura, dando materialidade a um objeto abstrato, materializando assim a palavra; já o processo de ancoragem consiste em duplicar uma figura por um sentido, fornecendo um conceito inteligível ao objeto. É a integração cognitiva do objeto a um sistema de pensamento social preexistente, assim como às transformações relacionadas ao processo que caracterizam a presente articulação (JODELET, 1984).

Marques, Oliveira e Gomes (2004) demonstraram a importância da teoria das representações sociais na investigação de fenômenos que muitas vezes se constituem em grandes problemas coletivos, seja para simplesmente identificá-los e interpretá-los, ou para compreender como grupos, culturas ou sociedades que deles se apropriam e estabelecem modos de conduta e comportamento. Desta forma, vemos na área de saúde, um terreno fértil para implementação de estudos à luz da teoria das representações sociais.

Nos últimos 20 anos no Brasil, a teoria das representações sociais tem contribuído de maneira significativa para se compreender os fenômenos que permeiam o imaginário das pessoas no campo da saúde e da doença. Vários estudos relacionados a importantes problemas de saúde pública, como a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), a doença mental, o uso de drogas, a sexualidade, exemplificam tal contexto na perspectiva de objeto de investigação.

Vale referenciar estudos como os de Sá (1996), Takahashi (1997), Silva e Abrantes (2004), Silva (2004), Fernandes e Ferreira (2004), Crepaldi (2004), Oliveira (2004).

A aproximação da teoria das representações sociais, para as pesquisas no campo do direito e da saúde, onde se inclui sobremaneira, o direito à saúde, não constitui uma realidade recente, tendo os resultados preliminares de algumas pesquisas sido divulgados no início da década de 90. Alguns trabalhos, nacionais e internacionais, guiados pelas representações sociais, com esta preocupação, são citados por Shimizu e Menin (2004), em sua pesquisa com jovens brasileiros e argentinos, concluintes do ensino fundamental e médio, analisando as principais representações sociais de lei, justiça e injustiça.

Dentre os pesquisadores internacionais, destacam-se os estudos de (Doise & Clémence, 1996; Doise, Clémence, De Rosa, & Gonzalez, 1995; Doise, Dell Ambragio, & Spini, 1991; Doise & Herrera, 1994), os quais procuraram explorar e entender os limites da universalidade dos direitos humanos e de suas representações sociais em relação a diversidades culturais e contextos sociais específicos.

A investigação de Pierre-Puysegur e Corroyer (1987) a respeito das representações sociais do sistema penal em crianças francesas; o estudo de Emler e Ohana (1992) sobre as representações sociais de crianças em relação a situações de danos ou prejuízos intencionais e, finalmente, a pesquisa de Halman (1995) sobre os sistemas de valores e a orientação moral de jovens e adultos de diferentes países, na qual o autor procurou analisar o efeito dos sistemas políticos e econômicos e a incidência da idade e educação sobre os valores morais, reafirmam a importância das representações sociais no contexto internacional.

Entre os estudos brasileiros, destaca-se o de Camino, Moraes, Pereira e Cruz (2000) sobre as representações sociais de jovens universitários em relação às proposições da Declaração Universal dos Direitos Humanos, e a pesquisa de Menin (2001) sobre as representações sociais de lei, crime e injustiça, realizada com adolescentes de diferentes níveis socioeconômicos, da cidade de Presidente Prudente, São Paulo.

Jodelet (2001) ponderou que as representações sociais traduzem o surgimento de crenças e valores, individuais e/ou coletivas, muitas vezes arcaicos, em função da falta de informação, chamando a atenção pela distância que se coloca

entre o saber culturalmente construído e a ciência. Para Jodelet (2001), a objetivação do senso comum poderá formar um sistema onde estas 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.

O social intervém no processo de representação de diversas maneiras: pelo contexto concreto em que estão inseridas as pessoas e os grupos; pela comunicação que se estabelece entre eles, pelos quadros de apreensão que fornecem suas bagagens culturais; pelos códigos de valores e ideologias ligadas às posições ou pertinência social específica. Trata-se, portanto, de um conhecimento chamado ingênuo, natural, espontâneo, do “senso comum”, para distingui-lo do saber científico. É uma noção prática que nos permite teorizar e apreender os eventos da nossa vida cotidiana, a partir das informações que circulam através dela (JODELET, 1984).

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, em nosso 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 lado, à prática que produz a dita substância, tal como a ciência ou os mitos correspondem a uma prática científica e mítica.

Ressaltamos aqui mais uma vez, a concepção de Moscovici (1978) quando diz que representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, modificar-lhe o texto. A comunicação que se estabelece entre o conceito e percepção, um penetrando no outro, transformando a substância concreta comum, cria a impressão de realismo, de materialidade das abstrações, visto que podemos agir com elas, e de abstração das materialidades, porquanto exprimem uma ordem precisa.

IV – PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE PESQUISA

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 desta população sobre suas perspectivas, seus anseios, expectativas, frustrações, necessidades, buscas, objetivos, descobertos e trabalhados, frente a este paradoxo.

A escolha pela abordagem qualitativa se deu, pelo fato deste tipo de pesquisa realizar uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza, constituindo os chamados atores sociais: ela está relacionada aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas, como afirmaram Minayo & Sanches (1993).

Desta forma, tem-se a construção de uma consciência coletiva a partir das consciências individuais, mas não pelo seu somatório, o que objetivaria também seus significados, entendendo que na pesquisa qualitativa o objeto não é um dado neutro, e sim possuidor de singularidades que sujeitos concretos criam em suas ações e relações (CHIZZOTTI, 2000).

Refere ainda o autor que é exatamente a natureza do objeto da pesquisa que orienta a abordagem que se faz, refutando assim, o rigor mensurável das pesquisas

experimentais quantitativas aplicado às ciências humanas, por serem os seres humanos complexos e incompletos, cujo sentido social se constrói em suas interações cotidianas.

O material primordial da investigação qualitativa é a palavra que através da fala cotidiana, expressa nas relações, adequa-se a aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente, onde a quantificação numérica não traduziria a subjetividade do processo.

Nestes termos, a fala torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e, ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir, através de um porta-voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas – contextualizadas (MINAYO & SANCHES, 1993).

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.

E a preocupação não está em delimitar as causas ou as conseqüências dos fenômenos sociais, mas sim em descrever as características desse fenômeno; não está simplesmente nos resultados e produtos, mas sim na análise do processo, não havendo desta forma, hipóteses a serem verificadas empiricamente, delimitadas *a priori*, enquanto herança positivista⁴. Serão os significados, a interpretação, as representações surgidas da percepção do fenômeno, inseridos em seu contexto sócio-cultural, o objeto da pesquisa qualitativa.

4.2. CENÁRIO DE ESTUDO

⁴ O positivismo constitui uma linha de pensamento filosófico, fundada por Augusto Comte no século XIX, que propunha a realidade mensurada pelos fatos observáveis, objetivando resultados, como premissa da ciência.

O estudo foi realizado em um bairro periférico do município de Valença, estado do Rio de Janeiro, que, de acordo com o IBGE (2005) conta com uma população oficial estimada de 69756 habitantes, distribuída em sua zona urbana e em seus 5 distritos, com uma densidade populacional de 53,4 hab/km², para uma extensão territorial de 1306,2 m².

O bairro da Varginha possuía uma população local estimada em 2623 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).

Esta comunidade encontrava-se submetida a relações de opressão, discriminação e dominação social, carente de poder e de meios que lhes proporcionasse tal poder nas relações institucionais e pessoais com vistas à promoção de saúde dos indivíduos e da coletividade, características que encontram apoio em Vasconcelos (2003).

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.

Alguns indicadores sociais locais, segundo fontes do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), mostram esta situação de carência: 99,86% das casas eram feitas de tijolo/adobe, e destas, 70% não possuíam embolso; 78,02% da água de consumo era tratada, sendo que apenas 2,62% era clorada, persistindo 18,76% de água consumida sem tratamento algum; o sistema de esgoto recolhia 90,34% do total, sendo que 8,41% ainda desembocava em fossa e 3,03% corria a céu aberto; a coleta de lixo pelo serviço público municipal atingia 95,03% do total produzido, sendo que 1,93% era queimado e 3,03% ainda deixado a céu aberto; o calçamento das ruas era feito de paralelepípedo nas 3 ruas principais e terra batida nas demais, que constituíam a maioria (VALENÇA, 2006).

Os indicadores de saúde apontavam um cenário de 9,84% de hipertensos, 1,26% de diabéticos, 0,38% de epiléticos e 0,53% de portadores de alguma deficiência física, embora pudessem estes dados estar subestimados, pela

amostragem ser composta somente pelos freqüentadores da UBS local (VALENÇA, 2006).

Com relação aos indicadores de escolaridade, 87,94% das crianças de sete a catorze anos estavam matriculadas na única escola local, embora nem todas a freqüentassem, possuindo a comunidade um percentual de 94,28% de alfabetizados, entre os maiores de quinze anos, embora não estivessem mais inseridos em nenhuma unidade de ensino, e muitos deles sem nenhuma atividade produtiva, não refletindo assim a realidade de aprendizagem da comunidade. A grande maioria destes sabia ler e escrever o próprio nome apenas (VALENÇA, 2005).

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 quadro de profissionais da assistência em saúde nesta unidade configurava-se da seguinte forma:

- 1 médico clínico geral - 15 atendimentos - 2 períodos por semana;
 - 1 médico pediatra - 15 atendimentos - 2 períodos por semana;
 - 1 auxiliar de enfermagem, trabalhando todos os dias, pelas manhãs;
 - 1 cirurgião-dentista, responsável pela referência feita pela escola e pela creche, das crianças inseridas no programa de atenção odontológica, inicialmente por nós implantado, em parceria com a Faculdade de Odontologia;
 - 2 cirurgiões-dentistas - 5 atendimentos cada - 3 períodos por semana cada;
 - 1 auxiliar de saúde bucal, responsável pela marcação de consultas;
 - 5 agentes comunitários de saúde (PACS).

Eleito o cenário, o presente projeto foi apresentado ao gestor municipal responsável pelo sistema de saúde local, para sua apreciação e aprovação, mediante documento formal de permissão (Anexo I). Em seguida o mesmo foi encaminhado para apreciação ao Comitê de Ética de Pesquisa em 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 (ANEXO II).

4.3. SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos da pesquisa foram 28 usuários que freqüentavam a UBS local, que estavam constantemente buscando respostas às suas condições de doença e de seus dependentes, e inseridos em uma rede de atendimento em saúde, que compunham os 3241 prontuários arquivados, e que, de acordo com o atendimento prestado, perfaziam uma média de 30 usuários/semana, no fluxo de atendimento.

Acreditava-se que esses sujeitos possuíam um conhecimento prático, de senso comum e de representações relativamente elaboradas, que construíram uma concepção de saúde, e de como conquistá-la, que orientava suas ações individuais nesta busca (VASCONCELOS, 1997).

No entanto, faz-se necessário ressaltar que em pesquisas qualitativas, não era o critério numérico que determinaria a quantidade de sujeitos que comporiam nossa amostra e sim, a reincidência das informações, que permitiriam estudar o objeto em investigação. Neste sentido apoiei-me em Minayo (1994), quando disse que a amostra boa de sujeitos na pesquisa qualitativa é aquela capaz de responder a questão investigada.

De acordo com Wagner (1998), embora nenhuma representação seja compartilhada por 100% dos membros de um grupo, a sócio-gênese das representações não implica em número, mas em 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 auto-sistema, dos processos de autocategorização e das interações da maioria de membros do grupo.

A convivência dos usuários que semanalmente recorriam à UBS com os profissionais de saúde, constituiu-se no agente facilitador, para que eu, enquanto pesquisador e profissional de saúde – implementador do programa de referência odontológica para as crianças da escola e da creche, pudesse fazer minha inserção no cotidiano dessas pessoas, minimizando assim possíveis vieses de comunicação com os sujeitos da pesquisa, ancorando na afinidade gradual a possibilidade de diálogo.

Os sujeitos participantes da pesquisa foram caracterizados de maneira que o anonimato permanecesse preservado. Desse modo, foram ordenados por suas iniciais, em seguida pela identificação de sua condição sexual, sua idade, profissão, estado civil relatado, renda familiar, pelo número de pessoas com os quais residem e que compõem o orçamento familiar, e pelo nível de escolaridade, assim composta:

- RGF é do sexo feminino, 34 anos, do lar, casada, mora com o marido e seus três filhos e possui uma renda mensal de R\$ 650,00. Estudou até o 5º ano do ensino fundamental;
- ESM é do sexo feminino, 57 anos, do lar, casada, mora com o marido e possui uma renda mensal de R\$ 800,00. Estudou até o 8º ano do ensino fundamental;
- ECR é do sexo feminino, 58 anos, do lar, casada e mora com o marido, uma filha e 2 netos, possuindo uma renda mensal de dois salários mínimos; estudou até o 5º ano do ensino fundamental.
- JNC é do sexo feminino, 57 anos, viúva e mora com um filho, duas filhas, o genro e quatro netos, possuindo uma renda mensal de R\$ 1000,00; trabalhou como técnica em enfermagem e hoje encontra-se aposentada, e possui o ensino médio completo.
- MAD é do sexo feminino, 50 anos, do lar, casada e mora com o marido e dois filhos, possuindo um renda mensal de 1 salário mínimo; estudou até 6º anos do ensino fundamental;
- NMSM é do sexo feminino, 55 anos, do lar, casada e mora com o marido e dois filhos, possuindo uma renda mensal de R\$ 400,00; é analfabeta.
- DMB é do sexo feminino, 41 anos, cuida do lar e trabalha como artesã; casada e mora com o marido e um filho, possuindo uma renda mensal de R\$ 1100,00; tem o ensino médio completo;
- IST é do sexo feminino, 52 anos, do lar, casada e mora com o marido e um filho; possui uma renda de R\$ 800,00 mensais; estudou até o 7º ano do ensino fundamental.
- APT é do sexo masculino, 52 anos, trabalha como vigia, é casado e mora com a esposa e um filho; possui uma renda mensal de R\$ 800,00; é analfabeto;
- MLSV é do sexo feminino, 37 anos, do lar, casada e mora com o marido e um filho, possuindo uma renda mensal de um salário mínimo; tem o ensino fundamental completo;
- RS é do sexo feminino, 39 anos, do lar, casada e mora com o marido e três filhos, possuindo uma renda mensal de R\$ 500,00; estudou até o 5º ano do ensino fundamental;

- DSN é do sexo feminino, 24 anos, mora com o filho de 8 anos e o marido, e no momento da entrevista encontravam-se desempregados, sobrevivendo de trabalhos esporádicos; estudou até o 7º ano do ensino fundamental;
- LMBS é do sexo feminino, 26 anos, é professora e mora com o marido, possuindo uma renda mensal de R\$ 800,00; tem o ensino médio completo;
- LSM é do sexo feminino, 35 anos, é contadora, separada e mora com os três filhos, possuindo uma renda mensal de R\$ 500,00; tem o ensino médio completo;
- AJST é do sexo masculino, 42 anos, encontra-se desempregado, sobrevivendo de “bicos”, é solteiro e mora com quinze pessoas no mesmo domicílio; estudou até o 2º ano do ensino médio;
- ESSN é do sexo feminino, 26 anos, do lar, casada e mora com o marido e dois filhos; possui uma renda mensal de um salário mínimo e estudou até o 7º ano do ensino fundamental;
- LG é do sexo masculino, 34 anos, jardineiro, mora com a esposa, possuindo uma renda mensal de R\$ 700,00; estudou até 6º ano do ensino fundamental;
- MCLS é do sexo feminino, 41 anos, professora, mora com o marido e um filho possuindo uma renda mensal de R\$ 800,00; tem o ensino médio completo;
- SBC é do sexo feminino, 26 anos, vendedora, mora com o marido e três filhos possuindo uma renda mensal de R\$ 400,00; estudou até 3º ano do ensino fundamental;
- MCR é do sexo feminino, 34 anos, do lar, mora com marido e dois filhos; possuindo uma renda mensal de R\$ 500,00; tem o ensino médio completo;
- JBS é do sexo feminino, 64 anos, do lar, aposentada, mora sozinha com uma renda mensal de um salário mínimo; é analfabeta;
- AG do sexo feminino, 48 anos, do lar, mora com o marido e dois filhos; possuindo uma renda mensal de um salário mínimo; é analfabeta;
- VAD é do sexo feminino, 28 anos, instrumentadora cirúrgica, é solteira e mora com 6 pessoas possuindo uma renda mensal de R\$ 1500,00; possui ensino médio completo;
- LRS é do sexo feminino, 33 anos, auxiliar de serviços gerais na escola local, mora com cinco pessoas possuindo uma renda mensal de R\$ 1000,00; estudou até 5º ano do ensino fundamental;
- MHGS é do sexo feminino, 27 anos, doméstica, mora com mais 3 pessoas, possuindo uma renda mensal de R\$ 1000,00; tem o ensino fundamental completo;

- SSA é do sexo feminino, 19 anos, autônoma, mora com cinco pessoas; possuindo uma renda mensal de R\$ 1200,00; estudou até 1º ano do ensino médio;
- GSM é do sexo feminino, 26 anos, autônoma, mora com mais cinco pessoas possuindo uma renda mensal de R\$ 1500,00; estudou até o 1º ano do ensino fundamental;
- SMPS é do sexo feminino, 27 anos, do lar, mora com mais duas pessoas possuindo uma renda mensal de R\$ 500,00; estudou até 6º ano do ensino fundamental.

4.4. ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, em 18 de outubro de 2007, sob o parecer número 313/2007, fiz contato com o gerente da UBS para inserir-me no campo.

Em um segundo momento, o projeto foi apresentado aos prováveis sujeitos do estudo, usuários da UBS local, no sentido de esclarecer os objetivos e quaisquer dúvidas que pudessem existir frente a sua participação no processo. E respeitando as normas da resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, as informações somente passaram a ser coletadas após prévia autorização dos participantes da pesquisa, por meio do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I), devidamente aprovado pelo referido Comitê de Ética em Pesquisa, garantindo assim, o sigilo e anonimato do depoimento dos participantes, visando proteger sua privacidade.

O instrumento usado para coleta de dados foi o de entrevistas semi-estruturadas, que aliava a forma dirigida de condução da abordagem à liberdade do entrevistado em expor seus pensamentos, e valorizava a presença do pesquisador, em contato direto com o entrevistado, e a relação que se estabelecia entre os atores envolvidos, garantindo espontaneidade nas falas, fator enriquecedor em análises qualitativas.

Este roteiro semi-estruturado de perguntas (Apêndice II) norteou a reflexão sobre o direito à saúde, tendo em vista a percepção do usuário, onde este pôde discorrer livremente sobre o tema, sem contudo, perder de vista o foco central da pesquisa. Novas perguntas puderam ser incorporadas, quando da necessidade de aprofundar determinado assunto ou reajustar uma linha de pensamento, aleatoriamente perdida, ou desviada do tema central, residindo aí a grande vantagem desta técnica de abordagem, não estando o pesquisador preso a pré-julgamentos, e livre para reformular questões irrelevantes ou sem sentido.

Este tipo de entrevista partiu de questionamentos básicos, que foram trabalhados e corporificados à medida que as respostas foram sendo dadas, oferecendo assim novas interrogações e formulando novas hipóteses. Desta maneira, o informante começou a participar da elaboração do próprio conteúdo da

pesquisa, passível de modificações e suplementações no decorrer da coleta de dados, o que Triviños (1995) chamou de retroalimentação, onde os pontos escuros, conflitantes ou divergentes, inicialmente diagnosticados, ainda puderam ser abordados novamente, em momento oportuno.

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 na íntegra, contar com todo material fornecido pelo entrevistado, constituindo dados valiosos na construção da representação do direito à saúde na perspectiva do usuário que fazia uso do serviço de saúde local.

Os dados descritos em uma pesquisa qualitativa não são pontos isolados, são fenômenos que ultrapassam as percepções sensíveis e aparentes, devendo por isso, serem desvelados em sua essência, como pontuou Triviños (1995).

Embora, no primeiro momento todos os sujeitos pudessem parecer iguais, por serem oriundos de um mesmo meio, foi a singularidade de seus pensamentos, seus conceitos manifestos, suas representações construídas, que fizeram de cada um, sujeito ímpar e de relevância para o estudo qualitativo.

4.5. ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Após a realização de cada entrevista, procedi à transcrição da mesma, identificando e agrupando os temas surgidos, a partir da investigação do objeto, não me permitindo realizar outra entrevista, sem que o material anterior fosse analisado, observando os aspectos abordados pelos sujeitos e buscando identificar a reincidência das informações.

As informações apreendidas nas falas dos sujeitos foram organizadas, tomando-se como referência as três etapas cronológicas, propostas por Bardin (1977). 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, pela insatisfação.

As três etapas, cronologicamente estabelecidas por Bardin (1977), para a análise do conteúdo levantado, por mim incorporado no estudo, compreenderam:

1. Pré-análise – consiste na organização do material com o objetivo de delimitar o corpus da investigação;
2. Descrição analítica – consiste na codificação, classificação e categorização dos temas, por meio de aprofundamento do corpus da investigação;
3. Interpretação referencial – sustentação científica das informações colhidas.

Uma vez transcrito o material gravado, e categorizado mediante os objetivos propostos, foram feitas as inferências necessárias tomando como base o pensamento dos diversos autores, que fundamentaram cientificamente essa pesquisa, contribuindo para o alcance do objeto pretendido neste processo investigativo. Foi tomado o devido cuidado em reproduzir na íntegra a fala individual, fazendo apenas as correções gramaticais necessárias, sem, contudo modificar seu real sentido.

Minayo, Deslandes, Neto & Gomes (1994) afirmaram que o momento da análise final dos dados é o momento da articulação entre estes dados e os

referenciais teóricos da pesquisa, procurando responder o que se intencionou investigar, contemplando assim os objetivos do processo. É a relação entre o concreto e o abstrato, entre o geral e o particular, entre a teoria e a prática.

A história evolutiva do homem mostra que a acumulação de conhecimento somente se deu, depois de muitas experiências vividas, tendo sido necessário transcorrer muito tempo para que as sensações se transformassem em percepções, representações, constituindo posteriormente conceitos e juízos. Por essa assertiva, tem-se a construção do saber teórico a partir da prática cotidiana de seus sujeitos (TRIVIÑOS, 1995).

Seguindo as proposições para análise e interpretação dos dados, foram construídas e nomeadas as seguintes categorias: a saúde nos discursos dos usuários; a doença nos discursos dos usuários; os usuários e o serviço de saúde; o direito à saúde na perspectiva do usuário e as estratégias de organização comunitária.

V – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Antes das discussões das categorias definidas para o estudo, retomo aqui alguns aspectos que caracterizam os sujeitos da presente pesquisa: pôde-se observar uma variação no nível de renda familiar, indo de famílias sem nenhuma renda mensal fixa até casos em que esta renda atingia R\$ 1.500,00, ressaltando que a renda relatada constituía um somatório dos vencimentos de todos que residiam no mesmo domicílio.

Quanto ao nível de escolaridade houve participação de sujeitos analfabetos, quatro casos (ou 14% da amostra), chegando até sujeitos com ensino médio completo, oito casos (ou 28% da amostra), sendo que a maioria, quatorze (ou 58% da amostra), esteve na faixa intermediária de estudo.

A faixa etária dos envolvidos variou entre 19 anos, o mais novo, até 64 anos, a pessoa mais idosa, e o sexo feminino foi o mais prevalente, representando 90% da amostra de sujeitos.

5.1. A SAÚDE NOS DISCURSOS DOS USUÁRIOS

Nesta categoria de análise dirijo meu olhar às representações dos usuários em relação à concepção de saúde.

A representação elaborada para a saúde, na maioria das vezes, aparece em sentido contrário ao da representação criada para a doença, estabelecendo assim uma idéia de conceitos antagônicos, remetendo-nos às significações reducionistas e separatistas do início do século passado, que explicavam a saúde pela ausência da doença.

O conceito hegemônico para a saúde, aqui confirmada pela representação socialmente elaborada, relaciona sobremaneira as causas físicas e biológicas do funcionamento do organismo ao seu “*status quo*”. A saúde assim compreendida, e a doença por sua oposição, constituem valores fundamentais de suas vidas e matéria-prima diária da condução destas, segundo os depoimentos a seguir:

“...Ter saúde é fundamental né? Ter saúde é o primeiro de tudo, o resto ...”
(RGF)

“...Igual a saúde, já pensou? Se não fosse a água pra gente, a saúde é a coisa mais importante que tem no mundo, não tem outra coisa não!...”
(MAD)

“... Se o corpo tá em forma, quer dizer que você tá com saúde...” (DSN)

“... Ter saúde é você viver bem! Não ter doença nenhuma, né?...fazer seus exames periódicos, ir ao dentista, faço meus exames ginecológicos, faço de exame de sangue de vez em quando pra saber com está, então você se cuidando você tem saúde...” (DMB)

“... Eu acho que saúde é quando a gente não pode tá sentindo nada, a partir do momento que você tá com uma dor de cabeça você já não tá com saúde, algum probleminha tem...” (MLSV)

“... A gente não tá sentindo nada...” (RS)

“... É difícil falar...acho que saúde pra mim é a gente tá sem dores...” (AJST)

“... você não estar bem, é seu corpo não está bem, igual a mim...não estar bem pro dentro, por fora, porque às vezes você não tá bem aparentemente...”.(MHGS)

As representações dos sujeitos sobre a saúde, relacionando-a ao pleno funcionamento do organismo, comparado a uma máquina engendrada, cujos componentes precisam estar constantemente regulados e interligados, demonstram haver uma preocupação constante em alimentar esse sistema mecânico, sobretudo pelas visitas freqüentes ao profissional de saúde e pelo uso regular de exames complementares pedidos, estando desta forma, contribuindo para a estruturação e o reequilíbrio das funções vitais deste corpo/máquina.

Sobrevive assim, a idéia historicamente construída da saúde como ausência de doença, perpetrado em nossa realidade por um modelo assistencial biomédico, unicista e reducionista de explicação do adoecimento das populações, com conseqüente conceituação da saúde em oposição à dor e ao desconforto, e que sobreviveu por vários séculos, como afirma Barros (2002). Desta forma tem-se o corpo humano subdividido em partes cada vez menores, com interesse específico e focalizado, objetivando a cura desta parte orgânica, seguindo a lógica metafórica do corpo-máquina proposta pelo filósofo René Descartes.

A representação da saúde abarca vários fatores que determinam e condicionam seu processo de desenvolvimento, quando alça o direito a uma alimentação digna como primordial das ações saudáveis, ou da conquista da saúde, assim como incorpora os aspectos sócio-ambientais, e o equilíbrio corpo e mente, nesta construção conceitual.

A interação corpo/mente irá garantir à pessoa uma vida sem sobressaltos e principalmente, livre de dor e em harmonia, ou seja, uma vida saudável. Cabe a reflexão, como instrumento de transição conceitual, que esse equilíbrio harmonioso constitui resultado direto da saúde da mente, em um corpo organicamente equilibrado, conforme os recortes feitos abaixo.

“... Saúde seria o bem estar da pessoa, tanto na parte do sorriso bonito, pressão controlada, saúde é o bem estar...” (LMBS)

“... Saúde pra mim é se sentir bem, é estar bem, você vê que não tem problema algum, fazer exames complementares como você tem que fazer e você vê que tá tudo correto...” (ESSN)

“... É você deitar bem sem dor e acordar sem dor...” (MCLS)

“...Pra mim é a gente ta bem, a gente não ter problema nenhum...” (SBC)

“... Saúde é ta bem com seu corpo...” (LRS)

“... É a pessoa tá bem com o próprio corpo, com a própria mente também, tá bem consigo mesma, tudo isso...” (MHGS).

“... Se eu disser para você que eu tenho saúde?! Meu pai não aceita isso, porque eu tomo remédio. Mas eu digo que eu tenho muita saúde, mesmo tomando o remédio que eu tomo, não sei se o dr. concorda comigo. Porque eu tô andando, eu tô enxergando, eu tô falando, e eu tenho um problema sério no cérebro.... mas eu considero que eu tenho saúde, mesmo com esses problemas todos, eu raciocínio, eu enxergo, eu falo, eu ando, eu trabalho, então pra mim eu tenho saúde... Então eu considero a saúde assim: eu tô bem, eu tô andando...” (ESM)

No processo evolutivo, Martinez-Sanches & Ros (2006) demonstraram que a própria ciência tem incorporado ao conceito de saúde, fatores e condições oriundas do campo das ciências sociais, que o aproximam do estado de bem estar, definido este como sendo o equilíbrio necessário entre corpo e mente, que leva o indivíduo ao prazer e ao conforto, em uma relação primeira consigo mesmo, e depois com seu próprio semelhante.

Outro aspecto relacionado às representações da saúde, segundo os usuários, ancora nas questões sócio-econômicas sua construção, e aparece na fala dos sujeitos, quando estes associam as condições salubres e insalubres do bairro ao (pré) conceito de saúde coletivamente experimentado.

“...Eu acho que saúde é a pessoa ter, nem sei como falar, eu acho que o bairro precisa de muita coisa, então aparece muita doença, o bairro desse que só dá enchente, semana passada mesmo deu enchente aí...A saúde porque quando tá com sol, é muita poeira, aí só vai acabando com a saúde da pessoa...” (NMSM)

“...Ah eu acho que afeta e bastante, principalmente neste bairro, enchente, essas coisas que eu acho que afeta bastante a saúde...” (LG)

“... mas saúde é uma boa alimentação, é você não precisar tomar remédio, ter um bairro limpo, porque muita sujeira traz doença, demais, esgoto a céu aberto com fica aqui na rua, isso tudo traz doença pra gente... Então isso fica exposto a chuva, a terra fica contaminada, a rua fica contaminada, a gente fica respirando isso, as crianças põem a mão no chão, então isso tudo vai acabando com a saúde, porque traz germes, então precisa melhorar a limpeza pra gente ter uma saúde boa...” (MCR)

Funcionando como instrumento para conquista da cidadania, a ocupação profissional dos cidadãos que vivem em grandes aglomerados, carentes de meios e de recursos, alavanca sua auto-estima e contribui para o estabelecimento de um equilíbrio orgânico, físico e mental, conformando assim, a representação da saúde como possibilidade de trabalho e fonte de felicidade.

“... Bem eu acho que é trabalhar, porque trabalhando você tá bem, e você tá bem também no amor, tudo influi, você tá bem financeiramente, porque você tá feliz, quer dizer sua saúde funciona normalmente...” (DMB)

Os depoimentos anteriormente descritos esclarecem que essa evolução paradigmática na compreensão do processo saúde/adoecimento, paralelamente ao desenvolvimento científico conceitual, se deu também nas representações manifestas pelos usuários da UBS da Varginha, que incorporaram à saúde a idéia do bem estar, e os componentes sociais que o permeiam, aproximando-se das afirmações de Dallari (1988), Dallari, Adorno e Faria et al. (1996), quando estes associaram em seus trabalhos, o conceito de saúde ao condicionamento social.

Porém, todo o cuidado com o corpo por si só, e suas partes, não exime o organismo do adoecimento, cujas causas e determinações são múltiplas e variadas. Mas será a resposta do organismo, frente aos problemas por ele enfrentado, que irá constituir a elaboração da representação de saúde ou de doença do indivíduo.

5.2. A DOENÇA NOS DISCURSOS DOS USUÁRIOS

Como objeto de representação, a doença constitui um terreno fértil para elaboração de representações, isto porque, enquanto evento sempre faz ressurgir conceitos, medos e expectativas para enfrentá-la.

Os sujeitos ancoram suas representações sobre a doença ao grau limitante que a mesma pode causar, como os recortes das entrevistas retratam:

“... Ah doença seria, como no meu caso, estou com problema de pressão...” (ESSN)

“... Então tem problema de infarto há sete meses atrás, e a gente tá todo mês correndo com ela, é perigoso...” (MAD)

“... Pra mim doença é só quando você tá com uma doença muito grave, que não tem jeito, com explicar? Você só tá doente quando não puder levantar da cama. Pra mim aquilo é uma doença mesmo, sabe?...” (MLSV)

A elaboração da representação da doença estará assim, diretamente ligada à debilitação orgânica, que quando em estágios avançados, sem perspectiva de melhora e com limitações, constituirá o real estado de doença, abrindo chance para compreender que pequenos desequilíbrios orgânicos podem não ser caracterizados como doença, podendo aqui, o estado de saúde conviver harmonicamente com alguns sinais e sintomas clínicos de uma patologia, desde que estes não comprometam e limitem o conforto e a qualidade de vida do indivíduo, ancorado na mudança paradigmática, pelo qual passou o conceito de saúde e de doença (MINAYO,1999).

As afirmações da autora sobre a influência das desigualdades no país sobre o adoecimento das populações, e a associação da perda da qualidade de vida ao conceito de doença, presente também nas proposições de Lima, Gershman & Edler (2005), reafirmam as concepções dos usuários na elaboração de suas representações sobre doença, a partir dos fatores que a condicionam.

Essa compreensão ecológica do processo saúde/adoecimento, incorporado ao paradigma da História Natural da Doença, constitui o modelo organizador da prática e da teoria da medicina preventiva, e confere ao meio ambiente em que os atores se inserem, papel determinante no adoecimento (AROUCA, 1976). Por essa

assertiva, torna-se inviável qualquer reflexão sobre o desenvolvimento da doença, sem considerar fatores sócio-determinantes na modulação do próprio processo, sobretudo em um país em que predomina a desigualdade, com consequência direta no acesso aos serviços de saúde e no padrão de adoecimento das populações.

Buss e Pelegrini Filho (2007) definem determinantes sociais como sendo os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Embora, para alguns, essa associação não fique tão clara no condicionamento direto das doenças, para outros, de forma indireta, a situação social desfavorável a que estão submetidos os levam à perda gradual de sua condição saudável.

“... Precisa asfaltar a rua da gente, que tá tudo lá no chão puro, uma barraria...eu acho que é isso que precisa aqui no bairro, porque é muita sujeira, muito... uma “poeirada” quanto tá sol, e quando chove essa “barraria”... aí a pessoa não agüenta mesmo, a saúde da pessoa não resiste...” (NMSM)

“... quando chove é enchente na certa. Aqui alaga tudo. Uma rua que tem ali na minha casa alaga tudo...” (DSN)

“... limpeza, orientar mais as pessoas sobre a questão do lixo. Aqui nós temos coleta 3 vezes (por semana), e às vezes em 2, 3 dias fica lixo espalhado. Limpeza dos terrenos baldios, que não cuidam e acumulam lixo e dá ratos; conscientização da limpeza do córrego...” (MCLS)

“... a única coisa que preocupa a gente aqui é o córrego, que não é limpo, dá enchente. A minha casa entra água, quer dizer, a gente fica preocupada porque esse negócio de doença que vem pela água...” (SBC)

Desta forma, as representações dos usuários expõem as dificuldades enfrentadas no seu dia-a-dia na obtenção de condições dignas de vida, característica de populações empobrecidas, sobrevivendo em locais ditos de risco, onde, segundo Vasconcelos (2003) e Valla (1998), as

carências sociais marcam o cotidiano dessas pessoas, e as colocam vulneráveis aos diversos tipos de doenças agudas e crônicas.

Experiências de Nery & Soares (2002) demonstraram que algumas doenças crônico-degenerativas se desenvolvem com antecedência de aproximadamente 30 anos nos indivíduos na base da pirâmide social, quando comparados com aqueles que se encontram no topo, tornando-se impossível negar a influência dos fatores sociais na condução do adoecimento.

Dallari (1988) e Campos (2006) afirmavam que esse condicionamento do adoecimento por fatores sócio-econômico-culturais vem sendo trabalhado mundialmente desde a segunda metade do século passado, quando os estudiosos perceberam o esgotamento de um modelo unicamente biomédico, no restabelecimento da saúde e chamaram a atenção para os cuidados primários a serem tomados na reversão da situação do adoecimento.

A preocupação com fatores que comprometem a saúde da comunidade, como os que dizem respeito ao saneamento são pilares para efetivação do ambiente saudável e conseqüentemente de um povo livre de doenças. As enchentes, comuns em períodos chuvosos na região, constituem ameaça à saúde local, cuja responsabilidade é partilhada entre o poder público local e a própria população, quando afirmam haver a necessidade de uma conscientização comunitária sobre a limpeza do córrego que corta todo o bairro.

Enquanto sujeito que vive em sociedade, o indivíduo se constrói (e se reconstrói) moldado por estas situações que afetam diretamente o físico e o psíquico de sua constituição, e cujas falas confirmam esse desequilíbrio. Vasconcelos (2003) reafirma essa (re) construção humana a partir da vivência de sua dor, da troca de experiências pessoais e coletivas, de seu pertencimento a uma rede de relações e suportes sociais de vizinhança, de compadrio, emoldurados inúmeras vezes pela discriminação e pela opressão, cujo poder, ou a passividade nas relações, brotará inevitavelmente.

Essa situação de vulnerabilidade gera a doença física e orgânica, a exemplo da teoria dos miasmas de séculos passados, dado o risco de exposição com que convivem, levando ainda à doença da “alma”, que corresponde aos distúrbios psíquico-emocionais, momentâneos ou não, que advém de uma situação constante de insatisfação e prejuízo nas relações de poder que se estabelecem. Constrói-se

assim, a tristeza a partir das privações a que estão submetidos, segundo as representações dos usuários a seguir:

“... eu acho que volta naquilo que eu te falei, muita gente tá ali (para ser atendida) por causa de carência, não tem com quem conversar, então vai lá bate um papo, a pressão melhora (falando de hipertensos) e da questão da pobreza social, sei lá!... Eu acho que a gente tem um Brasil doente. Temos um país doente em todos os setores.... Doença depende, porque tem a doença da alma, do espírito, a doença comum... Pra mim também vem da alma, tudo começa na cabeça da gente e do tipo de vida que a gente leva, aí doença são os maus hábitos, que contribui muito. Comer muito... então o problema social tá muito ligado à saúde, se investisse mais em prevenção de tudo, a gente tinha menos pessoas no INCA (Instituto Nacional do Câncer), que é enorme...” (LSM)

“... Quando é na minha filha então... bastante tristeza...” (GSM)

“... Doença pra mim é tudo aquilo que impede você de viver bem, pode ser doença física, ou alguma coisa que impede a gente de viver bem que se torna uma doença, de modo geral, o ambiente onde você vive, o consumo de cigarro, ou bebida alcoólica, acho que as droga (entorpecentes ilícitos) de um modo geral é que leva a doença...”(AJST)

“... Doença é a gente comer muita gordura, a gente não pode e come aí já prejudica o colesterol e já é uma doença né?!...” (JBS)

“... A pessoa que já tem casos na família e não se cuida, acaba que precisa fazer dieta e não ta nem aí, partindo daí...” (VAD)

“... Não se alimentar, não ver os problemas que estão acontecendo... Ter uma boa alimentação...” (SSA)

A dificuldade no alcance de um padrão mínimo de qualidade de vida para o cidadão, cria uma representação para doença cuja culpa/responsabilidade recai ora no sistema de saúde e na carência de seus recursos, e ora nas próprias condições sociais indignas com as quais convivem, como visto anteriormente. No entanto, outras vezes essa culpa recai sobre o próprio profissional de saúde que os assiste, por não satisfazer suas necessidades sentidas.

“... tinha muitos médicos que não gostavam quando eu ficava no PS, ah porque eles falam assim: “agüenta aí que eu vou descansar”, então conclusão, você chega conforme eu cheguei (sua experiência como paciente). Aí eu vou inventar (sua experiência como profissional de PS) que o dr. tá fazendo urgência, ou vou inventar qualquer coisa porque eu não sei quais suas condições (sintomas do paciente)...” (JNC)

“... o estudante, mal começou o cara tá mexendo na gente, eu não acho isso certo. Porque eles vai fazer uma “merda” dentro de você ali, quem vai sair no prejuízo?...” (DSN)

Contribui ainda para essa associação do conceito de doença a responsabilidade do profissional pela comunidade que ele assiste, quando ele se ausenta e é constantemente substituído por acadêmicos, frustrando os anseios de cura do sujeito, sentindo-se este, vulnerável ao desconhecimento clínico-científico dos estudantes. A relação da instituição formadora não está esclarecida para os usuários, pois não entendem o papel do estudante no sistema de saúde.

As representações de JNC e DSN expõem a insatisfação frente ao tratamento que lhes é oferecido, em um sistema no qual o usuário não ocupa o lugar de protagonista. Pois, quando as necessidades de saúde não são atendidas em um tempo sentido por eles como necessário, seu estado de adoecimento progride.

5.3. OS USUÁRIOS E O SERVIÇO DE SAÚDE

Nesta categoria procuro analisar como as representações sobre a saúde e a doença se articulam com a busca pelo serviço de saúde. Pois, para compreender o objeto do direito à saúde na perspectiva do usuário, é necessário buscar as razões que levam as pessoas a procurarem o serviço de saúde.

Desta forma, vários foram os motivos que justificaram essa ida das pessoas à unidade básica de saúde da Varginha. Inicialmente o que predominou nesta busca, foi a procura direta pelo profissional de nível superior, médico e/ou cirurgião-dentista, baseado em um problema de saúde pré-existente, na perspectiva de que os mesmos, sendo sabedores de práticas, pudessem atendê-lo nas suas necessidades vividas.

A convicção de suas falas reafirma a procura na unidade de saúde por consultas médicas e odontológicas, resultado da satisfação de seus anseios por tratamento para recuperação de sua saúde, requerida sobremaneira por doenças que se cronificavam e perpetuavam em seus cotidianos.

“...Consulta, né! Consulta...” (AJST)

“...uma consulta também, devido a pressão...” (ESSN)

“...É que eu tomo remédio controlado, tenho sempre que tá fazendo controle, tenho colesterol que é difícil de abaixar, aí eu vou fazendo controle com o médico daqui do postinho...”(MCR)

“...Problema assim de pressão, coração, problema de disritmia (arritmia cardíaca), aí a pressão subiu e o coração ficou acelerado...” (JBS)

“... A partir de dois anos atrás, que a gente começou a fazer o acompanhamento dele e que a gente vem encontrando esta dificuldade...” (MCLS).

“...O médico, graças à Deus, agora já tá melhorando...” (MAD)

“...O mais eu venho procurar aqui é dentista, porque médico é só quando preciso, não tem nada, então não precisa...” (SBC)

“...Só por causa do dentista...” (GSM)

“...só venho pra dentista, o médico dela é lá em Valença...” (SMPS)

“...Hoje eu estou procurando dentista...” (LMBS)

“...mas eu venho no médico aqui também. Quando eu tenho problema eu trato aqui...” (AG)

“...Mas eu venho mesmo muito pouco, até hoje eu só venho pegar exame...” (LG)

“...O que me traz aqui é fazer um curativo ou mostrar, como hoje, um exame...” (ESSN)

No imaginário desses usuários, sua presença constante na unidade de saúde, compulsoriamente lhes devolveria a saúde perdida, tendo sido atendida ou não, ou simbolizaria a garantia de não mais adoecer, embora estivessem também conscientes das dificuldades por que passariam para chegar até esta garantia. Barros (2002) fundamenta essa afirmativa pela associação crescente da saúde com a medicalização imposta por uma economia capitalista, agravada ainda, segundo Santos (2000), pela globalização dos mercados, o que leva a uma maior dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial e seu consumo cada vez mais intensivo.

A influência dos fatores cotidianos, socialmente produzidos, condicionando seu adoecimento e conseqüentemente, direcionando esta procura para o profissional de saúde que possa lhe dar resposta para essa condição patológica estabelecida, aparece na fala dos sujeitos. Alguns identificam a possibilidade de resolver seus problemas de saúde em cenários diferentes da UBS local, como o pronto socorro da Santa Casa de Misericórdia de Valença e do Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi, ambos no centro da cidade, dada a facilidade de atendimento rápido, não havendo necessidade de marcação prévia de consulta, grande motivo de queixa nas unidades básicas de saúde do município.

“...Vou direto ao pronto socorro, porque à vezes demora, mas não tem disso, você acaba sendo atendido, você vindo aqui, dependendo não vai ter médico, aí eu já vou direto pra lá mesmo...” (MHGS).

Assim, o atendimento prestado pela UBS da Varginha torna-se uma segunda opção no elenco de possibilidades de atendimento, embora residam próximo à unidade de saúde local. Essa inversão no funcionamento do sistema de saúde local, cujo pronto atendimento funciona como porta de entrada contínua, absorvendo casos de

adoecimento, e não somente urgências e emergências, se justifica aqui, pela alta resistência da comunidade na compreensão da reorganização que a atenção básica vem passando para implementação de um módulo da estratégia de saúde da família. Embora, a alternativa de busca que se cria, por muitos, não desmereça a qualidade do serviço local prestado, configurando este também como possibilidade viável.

Como descrito a priorização na busca perpassa pela necessidade subjetiva de cada um, e ainda pela possibilidade de acesso em outros cenários que acolham essa demanda voluntariamente constituída de forma mais rápida e, por isso, mais satisfatória para o usuário. Restando à UBS a busca por profissionais específicos, como visto nos relatos dos usuários que a primeira motivação é a necessidade sentida, mas também é verdade que a afinidade entre usuários e os trabalhadores do local é um fator mobilizador para se buscar a assistência na referida UBS.

A lógica da incorporação dos exames complementares como necessários à boa prática médica, intensificada do modelo biomédico explicativo do processo saúde/adoecimento, ainda hegemônico no Brasil, embora não predomine nas informações colhidas como justificativa única de busca pelo serviço de saúde, há de ser considerada em alguns relatos, como motivo específico pela procura da unidade.

Para outros, a procura pela unidade local de saúde se dá exclusivamente por problemas momentâneos, que lhes causem dor e/ou sofrimento físico, sem o compromisso pelo seguimento tradicional do tratamento e controle, caracterizando aí as urgências.

“...Só se eu estiver com muita dor...” (LSM)

“...Hoje é porque eu tô com varizes e eu vim pedir o médico um remédio que eu estou sentindo um sensação de cansaço na perna e sinto a veia alta...” (SSA)

Partindo das representações da saúde e da doença os sujeitos da pesquisa, quando

questionados sobre a percepção pelo serviço ofertado pela UBS local, mostraram-se divididos entre os sentimentos de satisfação e de insatisfação. A garantia do acesso aos serviços prestados nesta unidade gerou posições conflitantes e constituiu terreno fértil para a elaboração de suas representações sobre os serviços de saúde, influenciando com isso, sua conduta frente às dificuldades que enfrentam na busca desse acesso.

A satisfação gerada pela forma de atendimento humanizado cria uma representação positiva de que as necessidades apresentadas estão sendo satisfeitas, sinalizando uma resolutividade percebida do sistema, contemplando os anseios de seus usuários, conforme apresentado a seguir:

“... Agora a qualidade melhorou um pouco, antes era pior. É com horário marcado. Pra dentista é pouca vaga. Pra médico já consegue mais...” (RS)

“... Também dá uma atenção pra gente, tudo direitinho. Isso aqui, apesar das dificuldades, que é muita, às vezes falta de recurso, falta de médico, mas eles atendem a gente da melhor forma...” (DSN)

“... porque agora aqui tem um médico que atenda as necessidades das pessoas...” (MCLS)

“... Olha, às vezes que eu vim aqui eu consegui resolver meus problemas...” (MHGS)

“... Bom, pelo menos, assim, eu não tenho nada a reclamar. Sou bem atendida, quando preciso de dentista eu consigo; médico, sem problema nenhum...” (RGF)

“... Em termos de clínico geral tá ótimo, né!...” (DMB)

“... Eu não tenho nada a reclamar não... hoje mesmo eu vim pedir um encaminhamento pra eu continuar a fazer a fisioterapia, tem que ter um encaminhamento daqui, do meu bairro, agora isso tá sendo muito bom o postinho aqui é ótimo, muito arrumadinho...” (IST)

Essa representação positiva alimenta a esperança desses usuários em relação à melhora crescente dos serviços ofertados, valorizando o usuário, tornando-o cidadão e sujeito principal das práticas ali estabelecidas.

Algumas representações demonstram ainda a satisfação do usuário com o serviço de saúde que lhes é ofertado, cuja argumentação baseou-se na melhora que a unidade de saúde sofreu ao longo do tempo, satisfazendo suas necessidades, já com relativa aceitação à mudança de organização do sistema, que deixou de ter seus acessos regulados por livre demanda, passando a programação das ações e seus encaminhamentos, quando necessários.

A percepção das deficiências no serviço, não compromete a satisfação do usuário com o que lhe é oferecido, devido a sua compreensão benevolente para com o esforço feito pelo profissional em atendê-lo, cerceado por inúmeras dificuldades, mas não deixando de imprimir características relacionais humanizadas no contato interpessoal da consulta.

A Política Nacional de Humanização (2004) define o processo de humanização em saúde como sendo o aumento do grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implicando mudanças na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Sob esse olhar, a saúde é tomada como valor de uso, tendo como padrão na atenção o vínculo com os usuários, a garantia de seus direitos e de seus familiares, estimulando que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social.

Por outro lado, a falta de garantia de acesso aos serviços de saúde, ou a percepção de sua dificuldade, gerou reações e comportamentos singulares, devido às subjetividades de cada sujeito no enfrentamento e na interpretação de seus problemas, criando uma representação negativa do funcionamento do serviço de saúde local. O surgimento e a permanência da doença são considerados como causa direta pela deficiência na oferta pública dos serviços de saúde, o que, em caráter velado e tímido, aparece na representação elaborada nestas falas.

“... não adianta a gente ir reclamar de nada, então quando tem alguma coisinha que a gente não gosta não adianta ir reclamar; infelizmente...”
(ESM)

“... os médico (s) fazem o que pode e o que não pode, entendeu? Mas agora tô achando bem péssimo, bem péssimo... Meu problema de incontinência urinária, já tem mais de três anos que eu operei, preciso de ir no Rio, quer dizer o médico encaminharam daqui, quer dizer os médico não tem nada mais pra fazer comigo aqui, né?...” (ECR)

“... a saúde tá péssima... Mas se você sente muita dor e vai no pronto-socorro, lá no hospital, que eu trabalhei quase 20 anos, eles dizem: “ah isso é problema de ambulatório, não de pronto-socorro”. Poxa dr., eu tava quase desesperada, eu já não tinha mais o que tomar... Ele diz “primeiro tem que agendar, você primeiro tem que passar pelo médico do posto de saúde do seu bairro, ele vai te encaminhar, os agentes de saúde pegam aquele encaminhamento, marca tua consulta; aí 2 ou 3 meses pra você consultar, entenderam?. Aí talvez daí há dois, três meses a pessoa tenha falecido, não é?...” (JNC)

“... Ah! Seria com mais atenção, porque demora muito, se você vai fazer um pedido, você consegue o pedido, mas demora muito fazer um exame, às vezes a doença que vai agravando, agravando...” (IST)

“... mas exame demora...” (APT)

“... porque agora é assim, se vai lá no pronto-socorro fica lá; se não for médico dela mesmo aí fica ali, daí sobe, fica no soro; se ficar daqui a 6, 7 horas, se melhora vem pra casa, se vê que o caso é péssimo, quando chega o médico dela, mesmo, aí tem que internar...” (MAD)

A doença prevalece como consequência do mau serviço ofertado, às vezes com responsabilidade alçada ao administrador de saúde local, outras vezes ao profissional da ponta que os atende, ou ainda, conjugando a responsabilização de ambos, ao funcionamento do sistema e a própria condição de saúde.

Na presente associação, percebe-se um sentimento de rejeição ao que está estabelecido e uma significação negativa para os serviços de saúde. O intrincado jogo de marcação prévia para consultas e seus encaminhamentos, cria um panorama de insatisfação não disfarçada para com a demora em ter suas necessidades atendidas.

Outro aspecto destacado pelos usuários consiste na demora no atendimento, que muitas vezes não é explicada, ou quando é feita, justifica-se pela falta de recursos financeiros. Esta situação confronta o sujeito em questão com um sistema rígido, que na sua visão, torna-se caótico e o coloca à mercê da vontade dos profissionais, seja na UBS ou nos prontos atendimentos. Quando ainda no seu imaginário, estes últimos deveriam funcionar como uma alternativa à falta de resolubilidade do primeiro.

Das várias razões possíveis para a insatisfação relatada, a questão financeira do setor saúde, sobretudo a nível central das macro-políticas, aparece na fala consciente

do usuário que exerce, a nível local, a gestão da associação de moradores, acostumada assim, às relações e aos acordos que o exercício da política desperta. Com o conhecimento construído pelo senso comum, a representação dos usuários sobre os serviços de saúde surge vinculada a idéia dos subsídios financeiros que os mantêm, estando estes, como aqui explicitado, alocados de forma não satisfatória.

“...Muito pouca verba pra saúde! Dinheiro tá ficando muito em Brasília...”
(LSM)

Faverest (2003) afirmava que a grande instabilidade no financiamento Federal da saúde na década de 90, pós-implantação do SUS, levou o Poder Legislativo, em parceria com o próprio Ministério da Saúde, que tem como principal interlocutor o Conselho Nacional de Saúde; os Conselhos de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e de Secretários Municipais de Saúde (Conasems); a Comissão de Seguridade Social da Câmara Federal; a Comissão de Assuntos Sociais do Senado e a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas (Atricon) a proporem uma emenda à Constituição Federal de 1988, que foi aprovada pelo Senado Federal, em 13 de setembro de 2000. Tratava-se da Emenda Constitucional n. 29/00, que vinculava recursos tributários de estados e municípios

às despesas com ações e serviços públicos de saúde, os quais deveriam elevar-se até atingir 12% das receitas estaduais e 15% das receitas municipais.

A referência que LSM faz à forma inadequada de alocação de recursos financeiros dada à dificuldade de interlocução entre a União e os Estados/municípios, é confirmada por Faverest (2003), quando afirma ser este um dos entraves na regulamentação da própria emenda constitucional, o que ainda não aconteceu, em oito anos de negociação.

E embora haja uma crença de que o sistema público de saúde no Brasil seja precário, com instalações deficientes e recursos escassos, a falta de outras oportunidades para alguns, sobretudo de acesso, os conduzem a uma passividade, muita vezes não sujeitas a mudanças voluntárias.

Souza (2001) afirmava que o funcionamento do sistema de saúde no Brasil, apesar dos avanços obtidos, ainda permanecia, em muitos casos, fortemente vinculado à lógica da oferta de serviços, atrelada à série histórica de gastos e de produção e à capacidade instalada existente, o que mantinha a concentração de recursos nas áreas mais desenvolvidas tecnologicamente e em ações, nem sempre compatíveis com o perfil de necessidades da população, panorama ainda vivenciado pela população brasileira atualmente, fruto de um modelo organizacional que ainda privilegia pouco os cuidados básicos de saúde.

Neste contexto, tem-se a construção de uma representação que valoriza sobremaneira o percurso demorado na solução do problema de saúde, ou a sua não resolução na atenção básica, em detrimento dos outros que o sistema permite solucionar, o que faz com que o usuário deposite toda sua

insatisfação neste sistema de saúde que não lhe atendeu, sendo assim este o causador de sua doença e de seu agravamento. E a procura por esse sistema público de saúde só se dá, pela falta de oportunidade de acesso a um plano suplementar, presumivelmente mais satisfatório e resolutivo em seus vários níveis.

Os usuários elaboraram representações de que o processo de adoecer ou permanecer saudável tem sua lógica também nas condições sócio-econômica-ambientais da população. Portanto, ao falarem da relação com o serviço de saúde voltam a referenciar tais fatores. Desse modo as condições sócio-econômicas desfavoráveis a que estão submetidos, sem perspectivas factuais de reversão de posição nas relações de poder em que se inserem, contribuem ainda mais para alijar suas pretensões, engessar suas atitudes e assumir um papel de passividade.

“... Mas graças à Deus; eu ainda dou graças à Deus, eu não reclamo;... ainda tá bom, porque tem lugar dr., que ainda tá muito pior, é isso que eu penso. Agora eu preciso de um controle, eu tomo muito remédio, então eu tenho que fazer um controle; então tá demorando; também não sei pra quando, mas vem, eu não vou precisar pagar...” (ESM)

“... porque por ex., a gente que não tá podendo trabalhar, quer dizer faz um bico num lugar e no outro, aí paga pra fazer um exame e tudo; então a gente não tendo essas condições...” (ECR).

“... força de vontade não tá nas mão da gente, porque a gente pra poder melhorar certas coisa a gente precisa de recurso e quem tem os recursos são quem? Os prefeito, os pessoal da área da saúde e muitas das vez eles tem o dinheiro mas não quer...e aí que acontece?... aí todo mundo tem que se embolar ali dentro feito um boi ali, até que chuva possa passar, horrível,... ah eu vou botar na mão de Deus e fiquei esperando, pra poder dá o dinheiro pra poder ir lá fazer meus exames que eu tinha que fazer, graças à Deus não deu doença ruim...” (DSN)

Nestas circunstâncias sociais, quanto mais oprimidos seus indivíduos se encontram, mais expostos a receber passivamente a informação, e a se conformar com o que o sistema de saúde pode lhes ofertar, não imaginando serem protagonistas constituídos de um sistema conformado para a garantia de seus direitos e de seu bem estar. Essa alienação é reafirmada por Vasconcelos (2003),

quando diz que dada à tendência do Estado na política neoliberal, de estar induzindo a desresponsabilização em relação a suas funções e seus deveres, duramente conquistados no campo da oferta das políticas públicas e sociais.

Na interpretação capitalista do mundo globalizado em que se vive, a garantia de acesso aos serviços de saúde não poderia deixar de estar associada ao fator econômico que a tece, e na interpretação dos usuários mais atentos, estabelece que os mais favorecidos economicamente têm naturalmente mais poder e conseqüentemente, acesso a serviços melhores e não se encontram sujeitos a serviços precários, como o que é oferecido pela UBS local, tanto pelos aspectos físicos de sua estrutura quanto pela organização de seu sistema.

No arcabouço legal do SUS, encontra-se um sistema de saúde socialmente construído, mas que, nas diferentes realidades brasileiras, caso da Varginha, impõe a seus usuários situações indignas no seu uso diário, conforme representação de DSN.

Embora muito contestado por estudiosos e defensores do Sistema Único de Saúde, mas alicerçado na distância crescente que se constrói entre a teoria e seu campo de prática, no senso comum, elabora-se a representação de um “*sistema de saúde pobre feito para gente pobre*” ou, com o mesmo sentido, de “*dar menos para quem está acostumado com quase nada*”, afirmações que funcionam como um marketing negativo do sistema de saúde brasileiro, segundo Carvalho (2004). O autor ainda afirma que esta representação criada, é fruto da resistência do setor privado de oferta de serviços de saúde em posicionar-se de forma complementar à lógica universalista do SUS, tanto que, ele, o setor privado, auto declara-se como estratégia única de garantia de qualidade, nas ações de saúde disponibilizadas no Brasil.

Estas tensões históricas entre o mercado de serviços de saúde privado e o sistema de saúde brasileiro, têm sido ao longo dos anos subseqüentes à sua implantação, um nó crítico para sua efetivação, e têm contribuído, e muito, para o aumento das desigualdades sociais no país (BAHIA, 2005).

Os usuários também fazem referência às condições físicas da UBS, como fator que traz repercussões negativas no atendimento das necessidades de saúde. Do atendimento médico, passando pelo atendimento odontológico, chegando ao trabalho feito pela auxiliar de enfermagem, evidencia-se a precariedade física da

unidade, aqui sentida e relatada, associada a uma má vontade gestora ou à sua própria incapacidade gerencial.

“... Falta tanta coisa no bairro! O atendimento médico, eles faz a parte deles, acho que o local próprio, bem ampliado, com água boa encanada, espaço com mais ventilação na sala dos médicos, eu acho que deveria ter um posto ampliado, porque é muito pequeno o posto, fica ruim porque as pessoas ficam muito aglomerada num lugar só, não tem nada...” (AJST).

“... Agora dentista, é que de vez em quando, não é que o dentista falte, mas é que de vez quando o aparelho (equipo odontológico com defeito) tá queimado, esse é o problema...” (DMB)

“... a gente sempre teve muita dificuldade, tanto com dentista quanto com médico, pediatra. Porque o posto, a estrutura física dele é bem pequena... dificuldade nossa é o encaminhamento (marcação de consulta da atenção básica para o especialista que acompanhe o caso)...” (MCLS)

“... porque o postinho aqui do bairro é pobre, é uma carência danada! O médico é bom mas o posto tá precário...” (MCR)

“... tem que ser com aparelho de alguém que traz, porque o aparelho do posto não tem. Está estragado e eles nem arrumaram ainda, então tem um senhor aqui que empresta o aparelho pra poder tirar pressão aqui...” (ESSN)

Para Vasconcelos (1997) a miséria é um meio que leva o sujeito a comportar-se passivamente diante das relações interpessoais. Desse modo, as representações dos sujeitos do estudo sugerem estratégias para melhorar o ambiente de convívio e de espera pelo atendimento médico/odontológico, embora convivendo estas sugestões com o desconhecimento de quem sejam os atores responsáveis pela transformação do ambiente, e com a certeza de que, para além e em benefício da unidade de saúde, ainda falta muito a ser alcançado no bairro!

Dos requisitos mínimos necessários para que os profissionais realizem suas atividades, a exemplo do consultório odontológico para o dentista e do aparelho de aferição de pressão para o médico e seu auxiliar técnico, a insuficiência destes recursos cria uma representação de baixa eficácia da oferta de ações de saúde pela unidade, claramente com responsabilização atribuída ao gestor/gerente do serviço, que demonstra constantemente uma despreocupação em solucionar o problema.

A insatisfação dos usuários com o sistema de saúde ofertado, encontra razões de inoperância no seu próprio funcionamento, como se este ganhasse vida

própria, independente dos gestores e dos profissionais, e se tornasse essa a chave da insatisfação.

“... Na hora. Igual essa coisa de fazer exame, ficou muito ruim, não gostei também não. Antes você ia lá no SUS, ficava esperando, mesmo que fosse de madrugada, mas você tinha, daí a 2 dias, 1 semana, já tinha pra poder marcar o exame pra você. Agora tem que marcar: você vem no médico hoje, você pede ginecologista, no caso, meu marido quer cardiologista, tem problema de coração, tem que esperar levar ficha pra ali, pra eles virem pegar, pra depois... foi marcado em outubro e foi feito agora em dezembro; janeiro que eu peguei o resultado, e mostrei semana passada pra ele, se tiver algum problema, ele já morreu... igual muita gente fala, se a gente tivesse condição de pagar, a gente nem esperava isso aqui, né? Só depende disso aqui porque a gente não tem né?!...” (MAD)

“... Marca assim, quer ver, a 6ª feira a gene marca, e na 3ª, na 5ª, conforme for o pessoal, tem muita gente que tem problema aqui na Varginha, aí você tem que esperar. Às vezes a gene chega a ficha já acabou, vc tem que esperar...” (NMSM)

“... Faz o encaminhamento depois que passou pra esse negócio de marcar aqui no postinho virou uma “droga” ...você pode pedir a menina ali e ver, como tem exame de sangue tudo parado ali, demora muito mais a marcação... Agora não, você espera mais de meses. ..igual tem exame ali de novembro, pode olhar lá, tem exame de sangue de novembro que até hoje ainda não foi, vai pouco, não vai um quantidade boa, só 10 ou 15; demora muito mais É. Costuma até perder o exame, porque às vezes a gente esquece de vir procurar, quando você vê já passou o dia de ir lá. Aí é outra “mão-de-obra”, espera outra vez, aí vai...” (APT)

Independente de localizar os responsáveis, a demora para que o usuário acesse o sistema até a consulta, se dá, sobretudo quando há exames envolvidos e a necessidade de encaminhamentos, causa a insatisfação generalizada com o serviço, aqui representado pela unidade básica de saúde.

Na busca por soluções, alguns arriscam sugerir medidas, que a seu ver, resolveriam as dificuldades por eles encontradas, possibilitando-lhes, a aventura de serem gestores de um sistema moldado a sua vontade.

“... porque aqui marca e o médico não vem. Aí você não pode contar muito... o postinho tá todo assim... a salinha do dentista, eu fiquei apavorada, coitado do dentista que tem que trabalhar numa salinha desta...” (LMBS)

*“... Então eu acho que deveria ser um pouquinho maior pra poder ter mais médico, mais dentista, principalmente agora, que agora tudo tem que ter encaminhamento (agendamento das consultas), acho muito mais difícil...”
(RS)*

Visando propor um modelo de assistência capaz de atender as necessidades de saúde da comunidade, o gestor local da área da saúde está trabalhando no sentido de viabilizar a proposta do Programa de Saúde da Família (PSF). O período de mudança na organização do sistema, pela implantação perene de um módulo de PSF, agregando duas comunidades vizinhas em uma única área adscrita, Chacrinha e Varginha, tem contribuído para o alardeamento da população, de que a UBS local acabaria, ou o agendamento seria muito distante. A associação de moradores local, que se constitui como uma ouvidoria dos problemas que ali ocorrem, sem informações necessárias, não consegue tranquilizar e nem estimular a compreensão coletiva em torno da mudança organizacional pela qual a unidade irá passar.

A lógica do agendamento prévio, vislumbrando a programação das ações, em substituição a livre procura pela unidade, tem gerado algum desconforto aos usuários, que vêm na nova estratégia um complicador no acesso ao serviço de saúde.

“... demora muito... as reclamações feitas pela população, estando na presidência da associação, foram muitas pelas mudanças feita,. as próprias meninas do posto ficaram meio doidas, porque elas tem uma cota (de exames laboratoriais e de referências na atenção secundária), então, por exemplo, elas tem 6 cotas pra otorrino, e naquele dia tem (demanda) 15 pessoas, e aí como fica? Então eu acho que é questão de ajuste mesmo, ninguém faz por mal... (LSM)

“... Eles passaram o seguinte: toda primeira terça-feira do mês tem reunião do conselho, e eu vou levar essa sugestão, porque não pode uma pessoa que ta fazendo tratamento e que é urgente, ser atendida 4 meses depois do exame, não tem condições, então eu vou levar sugestões... É esse período de encaminhamento que fica longo demais e a gente nunca sabe se ta chegando na data exata...” (MCLS)

“... demora três/quatro meses, igual o médico que eu marquei em janeiro e a consulta estava marcada pra final de março. Acabou que eu fiquei sem engessar a mão (era um caso de fratura)...” (MCR)

As várias experiências ao longo do percurso em busca da satisfação de suas necessidades de saúde, configuram um atendimento demasiadamente demorado, com exames levando de três a quatro meses para serem feitos. Associado à insatisfação com o serviço, muitos preferem buscar ajuda em outros lugares, sobrecarregando o pronto socorro dos hospitais do centro da cidade.

Essa busca de alternativa de cuidados básicos em saúde nos pronto-atendimentos compromete o caráter regionalizado que direciona o sistema único de saúde no Brasil, que tem em suas unidades básicas a porta de entrada que absorveria naturalmente essa demanda em saúde, constituindo, segundo a NOAS SUS 01/01 (Normas Operacionais da Assistência em Saúde do SUS), os sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que permitam garantir o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2001).

Outro aspecto apontado como dificultador e que tem gerado insatisfação é a carência de recursos materiais. No relato a seguir, por não ter aparelho para aferir a pressão sanguínea na unidade, e dada a grande demanda por esse serviço, emergem duas situações distintas: uns buscam atendimento em outra unidade de saúde, comprometendo a regionalização imposta pelo sistema, e outros se submetem ao comércio local estabelecido em torno da prestação deste tipo de procedimento por leigos, explícito em suas palavras e justificado pelo esforço que tem sido feito por essa usuária para atender a todos.

“... Aí a menina vai todo dia de manhã lá em casa e fala que o aparelho do posto não tá medindo, aí eu cobro também (dinheiro para aferir a pressão), a gente vai na casa da pessoa, porque é muito longe. Fazer assim, um mês medindo, aí tem que fazer o acompanhamento daquele um mês, aí a gente pede (dinheiro)...” (MAD)

Na representação de MAD, a carência material da unidade gera a oportunidade de se estabelecer uma fonte de ganho de dinheiro, da qual ela se aproveita, cobrando por cada aferição de pressão que ela faça com seu aparelho, uma vez que a unidade temporariamente não dispunha, conformando uma situação de insatisfação, justificada pela caridade da qual é detentora.

Outra situação de insatisfação, que os faz refém do que o sistema lhes impõe, aparece no relato da difícil espera de mães para consultarem seus filhos com a pediatra, e no momento da consulta a balança usada para pesar o bebê não funciona; e com isso ela tem que buscar ajuda em outra localidade, deslocando-se, ela e o bebê, com dificuldade e sem recursos, muitas vezes a pé, para nova consulta. Diante da impotência que acredita ter frente ao desafio de conseguir ter a balança consertada, a alternativa encontrada, extrapola o plano físico, buscando ajuda divina – a insatisfação novamente não se materializa em atitudes concretas.

“... muita das vez, pra usar isso daqui (referindo-se a balança), muitas mães traz as criança pra pesar, o negócio (balança) não tá funcionando, chega aqui precisa de um “troço”, aí não tem”. Mas o que aconteceu? Ah, escangalhou... É o que eu falo: “ a gente deve ajudar os outros, mas os quem tem dinheiro não ajuda a gente, como que a gente vai ajudar o próximo ali na frente?... os chefões (administradores públicos da saúde) que tem o dinheiro não querem contribuir pro negócio (UBS) da gente aqui no bairro, aí a gente tá a pé (desamparado), é só esperar por Deus...quem tiver dinheiro vai ficar bem, mas quem não tiver oh...isso vai ser a realidade daqui...” (DSN)

A privação de recursos materiais, na realidade da Varginha, cria em seus sujeitos representações negativas de um sistema, cujos administradores se posicionam em situação contrária à população, como se não estivessem de um mesmo lado, na luta diária que se trava para sua efetivação. O esforço empenhado pela garantia do direito à saúde ganha contornos solitários e isolados de usuários que não se amparam, tão pouco se organizam para buscar melhorias. O provimento de recursos materiais na área de saúde, chamadas tecnologias duras, segundo classificação de Mehry (2002), constitui, para a construção da representação dos sujeitos, a condição mínima de trabalho em saúde a ser disponibilizado para a população, sem o qual uma unidade de saúde não teria razão de funcionar e existir.

5.4. O DIREITO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS E AS ESTRATÉGIAS DE ORGANIZAÇÃO COMUNITÁRIA

Neste tema abordarei as representações sobre o direito à saúde, no qual os primeiros sujeitos do estudo, nos apresentam a saúde como um direito de todos e universal. As representações encontram base na citação de Dallari, Adorno, Faria *et. al.* (1996) sobre a “Declaração Universal dos Direitos Humanos”, associando a saúde com o bem estar e a 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 a 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, 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).

A conformação dos direitos sociais, segundo Bobbio (2004), é resultado da interpretação do homem em sua dimensão genérica, que o iguala a seu semelhante e o torna assim, portador de direitos iguais e requer a intervenção ativa do Estado para protegê-los. Uma vez que os direitos se constroem em função das necessidades do homem, que o contexto temporal suscita, os direitos sociais fundamentais se resumem ao direito ao trabalho, à instrução e à saúde.

Do arcabouço legal à prática do sistema de saúde, trajetória de análise da presente pesquisa, 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 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-se 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, vc que eu não conheço, vc 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 excluído, marginalizado pelo sistema social, 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) diz que a promoção da igualdade deve se dar concomitante 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 coloca, 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.

O paradoxo existente no setor financeiro da área saúde não passou despercebido ao olhar de uma usuária, quando observa a carência de recursos pela qual a saúde passa na sua comunidade, inversamente proporcional à abundância de recursos da saúde divulgados e desviados dos fins a que se propunham, ao nível das macro políticas federais.

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

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.

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

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

A creditação do direito a um benefício assistencialista desconsidera a saúde como um direito legalmente constituído, e o indivíduo como cidadão e protagonista do Estado Democrático de Direito, como propunham os documentos ministeriais (BRASIL, 2006a; Brasil, 2003) e Alth, (2006).

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 a 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 ancora-se nas afirmações de Shimizu & 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 prescindem 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 né...” (AJST)

“... Acho que todo mundo é atendido na medida do possível, né...” (MLSV)

O conceito de equidade trabalhado por Barata (2006) inclui a idéia 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 diz 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.

As dificuldades pelas quais passam os usuários da referida unidade em ter garantida esta equidade, se soma à sua desvantajosa localização geográfica, ocupando o mesmo espaço de um templo religioso cujo incômodo, tanto pela doutrina religiosa ali professada, quanto pelas

exigências sanitárias requeridas aos espaços de saúde, aparece no depoimento de MCR.

“... Já, até conseguimos uma casa, mas acabou que a casa foi alugada antes da prefeitura. Uma vez consegui tirar o postinho daqui e colocou em outra rua, mas por questão política ele voltou para o mesmo lugar,... Se eles parassem de pensar que todo ano de política (eleição) eles vão ganhar cesta básica e vão ter quem sustente eles durante quatro anos. ... Só que se as pessoas tivessem um pouquinho mais de cultura (informação), elas entenderiam ao que é saúde, vida e morte, porque pra eles tá vivendo hoje e amanhã morreu acabou...” (MCR)

A permanência da unidade no local em que se encontra está intrinsecamente ligada à vontade política, segundo relato de MCR, e à omissão das pessoas, associada ainda à falta de informação.

Coexiste então, um direito parcial à saúde, visto que o próprio ambiente a que têm direito carece de condições sanitárias ideais, gerando a indignação de alguns, permeada pelas palavras ditas, que sugerem ações que complementarizam esse direito de forma total.

A evolução do direito à saúde, como direito fundamental não tem alcançado total efetivação, conforme os ditames constitucionais, segundo Humenhuk (2002). A Constituição Brasileira de 1988, no seu artigo 6º, garante a todos os cidadãos o direito à saúde, elencado entre outros direitos sociais. E também no art. 196 prescreve que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988).

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).

A garantia do direito à saúde operacionaliza-se por meio de documentos que distinguem claramente as competências dos poderes legislativo e executivo, e definem a municipalização das ações como estratégia partilhada entre as esferas federativas de trabalho (BRASIL, 2006a).

A percepção da não existência do direito à saúde, ou de sua existência e seu não cumprimento pelas instâncias gestoras competentes, conduzem a situações distintas no comportamento da comunidade frente ao desafio de sua garantia: a passividade nas ações comunitárias, quer pelo sentimento de satisfação com relação ao sistema de saúde local, quer por um sentimento de insatisfação, mas sustentado por não saber que atitude tomar, quer por um desânimo característico em grupos marginalizados. Surge ainda em alguns, um sentimento de inquietação que os leva a uma busca organizada pelas melhorias necessárias que lhes garantam esse direito.

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 deste.

“... 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)

As representações demonstram insatisfação com o acesso aos serviços, mas com aparente desconhecimento de que atitude tomar para melhorar a situação, ou atribuindo ainda a esferas superiores a responsabilidade pela garantia do acesso da população aos serviços, configurando uma passividade nas ações, alusão clara ao desconhecimento do que organicamente lhes é garantido, não utilizando os espaços democráticos apropriados, que a lei orgânica do SUS lhes reserva – os Conselhos e Conferências de Saúde.

Sposati & 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.

O recorte histórico que o documento publicado pelo CONASS, da coleção Pró-gestores (2007) faz sobre os relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde, reafirmam a transição gradual pela qual a participação popular passou, desde de meros coadjuvantes no processo decisório da área de saúde (VIª e VIIª Conferências) até protagonistas do processo democrático que se instala no setor (VIIIª, IXª e Xª Conferências).

Os relatos subseqüentes expõem essa situação, oriunda da insuficiência do direito à saúde percebida: a inquietação que gera a mudança de comportamento, e de 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 forma 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, 1990a; 2006) e os relatos de Guizardi, Pinheiro, Mattos 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.

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, onde 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, onde a informação necessária e almejada, não é alcançada, de acordo com 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 subentendido 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. Pensamento que é corroborado por Nogueira & Pires (2004) quando dizem 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 vc está fazendo, vc 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 um 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 ta 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 num 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, mas 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.

Embora não constitua discurso uníssono, o papel que a associação de moradores adquire para alguns, dimensiona a importância que a organização de uma comunidade ganha em representatividade, quando pretende ser voz coletiva de diálogo junto às autoridades competentes. Uma comunidade que se organiza, ganha força superlativa na ação que busca implementar.

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.

As representações mostram haver consciência das pessoas da necessidade de se organizarem para buscar melhorar o acesso local aos serviços de saúde prestados, mas demonstram também que tais ações coletivas não têm ainda o impacto esperado na operacionalização do que é pedido, causando assim um sentimento de desesperança, mesmo naqueles que constituem os líderes do processo. Quer pela forma pouco consistente como se organizam, quer pela pouca força política que seus membros lhe imprimem.

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.

VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o alcance do objeto pretendido neste estudo, percorri algumas conceituações que me dessem a conformação do direito à saúde no Brasil, através da representação elaborada por sujeitos que o experimentasse em seu cotidiano.

Das representações elaboradas para a saúde, muitas relacionavam esta condição ao pleno funcionamento orgânico, remetendo-as à biomedicina hegemônica, como prática na área de saúde. Algumas representações caminharam para além dos limites biológicos, incorporando em seus discursos o equilíbrio corpo/mente, fatores psíquico-emocionais e, de forma mais abrangente, a qualidade de vida, como indicador de saúde. Para estes, a representação elaborada considera os fatores sociais, tais como as enchentes, a poeira nas ruas de chão batido, o lixo jogado no córrego que corta o bairro, no condicionamento da saúde, e sua insuficiência ocorre pela predominância destes determinantes no processo.

O que delineou a representação criada para a saúde e para a doença, foi a percepção subjetiva, vivenciada e particularizada, fundamentada principalmente nos limites orgânicos dos sujeitos e no conseqüente medo do agravamento de seu problema de saúde. O conceito de saúde e de doença manifesto está intrinsecamente ligado ao comportamento coletivo e determina a procura pelos serviços prestados na referida UBS.

A representação da doença, aparece assim, ligada a limitação física do organismo e suas funções, mas também influenciada pelo meio onde o indivíduo se insere, e nas relações que neste contexto se estabelecem. Essa representação criada para o adoecimento gera um olhar diferenciado que torna possível a

percepção de uma conceituação mais abrangente em torno do mesmo, embora conservando certa ambigüidade conceitual, representado nos relatos, que condicionam a saúde ao desempenho de ações básicas, ligadas aos órgãos dos sentidos, como andar, falar, enxergar, independente de pequenas restrições médicas com as quais o sujeito possa conviver.

Para maioria dos usuários entrevistados, suas representações fazem uma clara associação das condições sociais do bairro com a perda gradual de seu estado de saúde, embora de forma ainda não consciente, essas representações demonstram estarem incorporando em suas vivências, uma conceituação ampliada de saúde, mas que na prática ainda predomina um desconhecimento na forma de como devam se organizar.

Da carência sócio-econômica, que fragiliza a comunidade, chegando à carência do serviço de saúde ofertado, criaram-se representações sob o ponto vista das tecnologias leve-duras, mas sobretudo das efetivamente duras, onde as dificuldades da UBS, seja na estrutura, seja no funcionamento, seja na conduta dos profissionais, traduziram-se em significações negativas de todo sistema de saúde, e correspondente negação do direito à saúde na comunidade.

Produto das dificuldades operacionais pelas quais o sistema de saúde do município de Valença passa e que resultam em assistência precária à saúde em seus bairros periféricos, como demonstrado pelas representações dos usuários da Varginha. Persiste ainda no município um sistema fragmentado de atenção à saúde, com sérios problemas em seu mecanismo de referência (os níveis mais complexos têm dificuldade em absorver os encaminhamentos) e contra referência, comprometendo não só a integralidade da atenção, mas também a resolutividade de todo sistema.

Contudo, para alguns, as dificuldades encontradas no percurso de busca pela condição de saúde, não se traduziram em negação de acesso à unidade ou em desânimo nesta trajetória, dada a satisfação que caracterizava seus relatos, quando comparavam a melhora no serviço à oferta de benefícios crescentes ao longo do tempo. Embora, para os que procuravam diretamente nos pronto atendimentos dos hospitais do centro da cidade, a resolução de suas urgências, a UBS local perdesse parte de sua importância como referencial de serviço de saúde, servindo apenas à marcação de exames, necessariamente encaminhados pela atenção básica.

Por melhor e mais claros que sejam os objetivos das mudanças no funcionamento dos sistemas de saúde, para que os falsos conceitos existentes não generalizem de forma consistente o entendimento do que seja doença, e, por conseguinte e em sua oposição, do que seja saúde, essas mudanças implementadas na dinâmica do sistema, precisam vir acompanhadas de informações que criem suporte de compreensão em seus usuários.

A percepção de que lhes falta a saúde como direito constituído, refletem as precárias condições sócio-econômicas na qual se inserem, 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 o seu potencial de participação, retirando-lhes seu papel de controle social, arduamente conquistado na conformação do SUS.

Ainda na lógica de organização dos serviços locais de saúde, o período de transição do acesso à UBS mediado pela demanda espontânea para a lógica da programação das consultas, proposto pela estratégia de saúde da família, que se encontrava em período de implantação, criou uma representação negativa para o sistema, pelo desconhecimento do que a nova organização propunha, tendo em vista a continuidade do tratamento dos que da unidade faziam uso - nova demonstração de carência de informação.

As representações teceram situações diferentes a respeito do olhar do usuário sobre o serviço de saúde que utiliza, e, conseqüentemente, sobre a garantia do direito à saúde, onde para uns as dificuldades apresentadas não foram capazes de afetar a satisfação que sentem pelo uso do serviço, enquanto para outros, condicionaram uma insatisfação denunciada em suas falas, e por conseguinte uma insuficiência do direito à saúde percebido.

A associação do funcionamento dos serviços de saúde à garantia do direito fica estabelecida nas representações manifestas pelos sujeitos. Em suas interpretações, os motivos que comprometem a igualdade e a equidade, como a desigualdade e as iniquidades, respectivamente, naturalmente levam à perda do direito e ao seu insulamento. Esta insatisfação, em algumas representações, tornou-se propulsora de iniciativas conjuntas ou individuais, para conquista da melhoria dos

serviços ofertados, enquanto que em outras, não foram suficientes para mobilizar essa transformação.

Da tomada de consciência de que somente organizados comunitariamente, seus discursos ganharão representatividade, até a tomada de decisão de engajar-se, perfaz-se um longo caminho, cujas histórias subjetivas moldam, definem, e muitas vezes impedem sua materialização.

Os discursos dos usuários do serviço público local de saúde da comunidade da Varginha teceram representações sobre o direito a saúde, e o caminho que existe 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: o direito à saúde configurado no arcabouço jurídico-legal do SUS e o direito à saúde sob a representação dos usuários deste sistema.

Os olhares sobre estas duas realidades divergem, apontam e confrontam os saberes normativamente estabelecidos para o direito à saúde e a representação da prática vivenciada e experimentada cotidianamente em comunidade. O desafio que se estabelece frente ao confronto entre as realidades, está em promover uma aproximação entre elas, onde saberes e práticas não mais se confrontariam, mas complementar-se-iam, efetivando os princípios e diretrizes do sistema universalista de saúde no Brasil, cuja materialização se daria pela garantia indistinta do direito à saúde.

O direito à saúde desta comunidade só se traduzirá em prática quando construído paulatinamente em sociedade. São as representações sociais do direito à saúde, relatadas por esta, que irão nortear essa construção, a partir do qual as políticas públicas implementadas poderão ser avaliadas quanto a sua eficácia e aplicabilidade, frente às necessidades locais apresentadas.

Cabe ainda uma reflexão sobre a contribuição do gestor de saúde para a elaboração das representações dos usuários sobre o direito, visto que desempenha importante papel na caracterização do sistema. Seu compromisso maior está na garantia aos cidadãos da saúde como direito conquistado, e está diretamente ligada à sua responsabilidade em fomentar a universalidade e a equidade na prestação dos serviços, incentivando a participação popular nos processos decisórios, referentes à organização e à execução dos cuidados em saúde. Situação esta que as representações demonstraram desconhecer na realidade da Varginha.

O gestor em saúde deve ser capaz de promover a integralidade das ações, segundo as necessidades apresentadas pela população, e gerenciar conflitos que comprometam a efetivação deste princípio. Deve ainda encontrar a melhor estratégia de obter alta resolutividade com boa qualidade técnico-científica das ações produzidas, além de compreender a intervenção mais apropriada nos processos saúde-doença, tanto individual quanto coletiva, regulando de forma racional a oferta e o consumo dos serviços de saúde. O papel que mais se ajusta à figura do gestor em saúde é, como o que é atribuído ao próprio Estado o qual ele representa, o de garantidor dos princípios e diretrizes que alimentam o Sistema Único de Saúde e subsidiam a garantia da saúde como direito adquirido.

As leis orgânicas do SUS propõem ações que competem à gestão do sistema, naturalmente incorporadas por seus gestores, tais como: formular, definir, coordenar, monitorar e avaliar políticas de saúde; prestar cooperação técnica; promover articulações; elaborar normas; descentralizar ações, enfim, que caracterizam o gestor como o responsável direto pelo funcionamento do sistema, como de fato o é, embora não desconsiderando que a oferta de serviços como sistema, envolve inúmeros atores, sobretudo, usuários.

A estratégia central na garantia do funcionamento do sistema de saúde de forma democrática, como propunham os documentos da reforma sanitária brasileira, está na existência de um Conselho de Saúde atuante e comprometido, com conferências de saúde regulares, agregando à condução do sistema a voz de seus usuários.

O funcionamento dos Conselhos de Saúde, composto por diferentes segmentos da sociedade organizada, compartilhando com gestores, prestadores e profissionais de saúde o controle e execução das políticas de saúde locais de forma permanente, garante que os investimentos em saúde, bem como seu planejamento, responda às necessidades da população, que destas políticas farão uso.

Rotineiramente, seus membros terão a responsabilidade de monitorar a execução das ações, visitando as unidades de saúde; acompanhando o tratamento dos usuários; ouvindo suas percepções e sugestões;

verificando se as ações pactuadas nas reuniões de conselho são cumpridas – enfim, avaliar se as políticas de saúde acontecem de forma democrática, desde sua idealização, passando por sua execução, até seu processo avaliativo.

Desta forma, os conselhos tornam-se, inclusive, bons aliados dos administradores em saúde na interlocução com a sociedade das políticas a serem implementadas, possibilitando a seus usuários o espaço apropriado às suas representações, como co-participantes em um processo pensado para que ele seja o protagonista das ações.

Essas afirmações sobre o controle no social no SUS confrontam-se novamente com a realidade da Varginha, reafirmando, através das representações dos usuários da UBS local, a distância que se estabelece entre a legislação vigente para o sistema de saúde e o senso comum.

A representação do direito à saúde, elaborada pelos usuários em sua rotina de busca e atendimento, suas significações e motivos, e as associações que constroem em sua elaboração, serviram de base para análise de como entendem a influência dos determinantes sociais em seu processo de adoecimento, e que peso estes têm em suas vidas, conferindo-lhes uma vida saudável. Por vezes não entendem como o adoecimento se dá, mas estão certos que não se consegue saúde em ambientes desfavoráveis socialmente, e conseqüentemente o direito à saúde não se efetiva.

Para os que entendem que a organização comunitária constitui o caminho necessário de busca e de conquista social, suas representações mostram ainda que a Associação de Moradores local torna-se o espaço legítimo para exercerem o que conceitualmente desconhecem – sua cidadania. E que esta só acontece, se os interesses deixarem de ser individuais, e ganharem contornos coletivos e solidários.

A Associação Local de Moradores apresenta grande potencial de luta e de conquista, embora seus membros estejam cientes da limitação que ela enfrenta em

sua busca coletiva, pelo desinteresse de alguns e pelo engessamento político comum em períodos eleitorais.

Cientes ainda de que, organizados ou não, suas vozes não podem se calar diante do que se lhes impõe, e que mesmo desfavoráveis em sua autodeterminação, constituem novos atores de um novo sistema, prestes a completar 20 anos.

A representações aqui elaboradas pelos usuários evidenciam os fios da trama que precisamos buscar para compreender como é possível em um ambiente tão próximo ao centro urbano da cidade, sede de informações, haver pessoas convivendo com o desconhecimento total do que a Constituição Federal e as leis orgânicas do SUS lhes garantem, como portadores do direito universal à saúde. Parece-nos haver neste cenário, duas situações correndo em paralelo: a do direito e a da prática, com pouca perspectiva de encontro entre elas, e o que é pior, sem incômodo algum aparente, para ambas as partes envolvidas (gestores e usuários).

REFERÊNCIAS

AIMBERE, F. T. **Direito e Valor. O Valor da Pessoa Humana**, 2006. Disponível em: <http://sisnet.aduaneiras.com.br/lex/doutrinas/arquivos/2012065.pdf> Acesso em 25 de maio de 2007

ALTH, F. M. A. **Teoria geral do direito sanitário brasileiro**. Tese apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Serviços de saúde Pública para obtenção do grau de doutor, 2006, 458 p. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/cys/?id:442278>, Acesso em 2 de junho de 2007.

AROUCA, S. **O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventivista**. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro IN: **Saúde e Democracia**. Histórias e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 407-450, 2005.

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. IN: **Textos de apoio em políticas de saúde**. Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, pp. 11-42.

BARATA, R. B. Desigualdades sociais e saúde. IN: CAMPOS, G. W. Et. Al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, pp. 457-486.

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

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Saúde e Sociedade, v. 11, n. 1, jan-jul, 2002 http://apsp.org.br/saudesociedade/XI_1/pensando_o_processo_saude.htm. Acesso em 15 de agosto de 2008.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. Série: História em Movimento. São Paulo: Editora Ática, 4ª edição, 2004, 71 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**./Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília. CONASS, 2006, 164 p.

_____(a). Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Questões atuais de direito sanitário** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006, 202 p. – (Série E. Legislação de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização**. Série B. Textos Básicos de Saúde 20 p.: il. , 2004.

_____(a). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília : CONASS, 2007. 528 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 12)

_____. 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)

_____. Ministério da Saúde. **Normas Operacionais da Assistência à Saúde - NOAS 01/01**. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Institui o Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____(a). 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.

_____. **Constituição da República Federativa**, promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, Senado Federal. 1988.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004, 6ª reimpressão, 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.

BONAVIDES, P. **Ciência Política**. 7ª edição. Rio de Janeiro: Forense, 1988.
BUSS, P. M. & PELEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pp. 77-93, 2007.

CAMINO, C., MORAES, R., PEREIRA, C., & CRUZ, L. **Liberdade e responsabilidade comunitária na percepção de universitários**. Comunicação apresentada no VIII Simpósio Brasileiro de Pesquisa e Intercâmbio Científico da ANPEPP, Serra Negra, São Paulo, 2000.

CAMPOS, S. L. F. **A responsabilidade na gestão da saúde pública**. Tese apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Serviços de Saúde Pública, para obtenção do grau de doutor, 2006, 86 p. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/cys/>
Acesso em 2 de junho de 2007.

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

CARVALHO, G. Fazer o marketing do sus... a favor da vida e saúde, 2004.
Disponível em: http://www.espacosaude.ufma.br/FAZER_O_MARKETING_DO_SUS.doc. Acesso em 15 de agosto de 2007.

[CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Editora Cortez, 2000, 4ª edição - \(Biblioteca da educação. Série I – escola, v. 16\), 164 p.](#)

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.lex.com.br/noticias/doutrinas/titulo_doutrina.asp?modelo_doutrinaid=1&blncolaborador=1. Acesso em 12 de maio de 2007.

CREPALDI, M. . Representações sociais da equipe de saúde sobre a família usuária dos serviços de uma unidade pediátrica de patologia geral. IN:TURA, L . F. R.; MOREIRA, A. S. P. & org. **Saúde e representações sociais**. João Pessoa: Editora universitária/UFPB, p. 191-222, 2004.

DALLARI, S. G.; ADORNO, R. C. F.; FARIA, M. M. 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.

DOISE, W., CLÉMENCE, A., DE ROSA, A. S., & GONZALES, L. *La représentation sociale des droits de l'homme: une recherche internationale sur l'étendue et les limites de l'universalité*. **Journal International de Psychologie**, n. 30, p. 181-212, 1995.

DOISE, W., DELL AMBRAGIO, P., & SPINI, D. *Psychologie sociale et droits de l'homme*. **Revue Internationale de Psychologie Sociale**, 4(3/4), p. 259-277, 1991.

DOISE, W., & HERRERA, M. *Déclaration universelle et représentations sociales des droits de l'homme. Une étude à Genève*. **Revue Internationale de Psychologie Sociale**, 2, 87-117, 1994.

DOISE, W., & CLÉMENCE, A. *La problématique des droits humains et la psychologie sociale*. **Connexions - La justice: valeurs, fonctionnements, perspectives**, 67, 9-27, 1996.

EMLER, N., & OHANA, J. *Réponses au préjudice: représentations sociales enfantines*. **Bulletin de Psychologie**, 45(405), 223-231, 1992.

FAVEREST, A. C. S. C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 8, n. 2, Rio de Janeiro, 2003.

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, 14(1):85-108, 2004.

FERNANDES, J. D. & FERREIRA, S. L. Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de enfermeiras. IN: TURA, L. F. R.; MOREIRA, A. S. P. & org. **Saúde e representações sociais**. João Pessoa: Editora universitária/UEPB, p. 29-54, 2004.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):15- 39, 2004.

HALMAN, L. *Y a-t-il un déclin moral? Enquête transnationale sur la moralité dans la société contemporaine*. **RISS**, 145, 1995.

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 de maio de 2008.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censo 2000, indicadores municipais. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatística/populacao/censo2000/universo.php?tipo=31o/tabela13_1.shtm&uf=33. Acesso em 05 de maio de 2005

LIMA, N. T; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C. et al. **Saúde e Democracia**. Histórias e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, 504 p.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. IN: JODELET, D. **As representações sociais** - Tradução de Lilian Ulup, Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001, p. 17-44.

_____. *Folies et représentations sociales*. Paris: PUF, 1989.

_____. *Representation sociale: phénomem concept et théorie*. IN: Moscovici, S. **Physiologie sociale**: PUF, 1984.

LAPLANTINI, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

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**. Tese apresentada a Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, para obtenção do grau de mestre, 2006, 94 p. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/cys/id:442161>. Acesso em 3 de junho de 2007.

MARQUES, S. C.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. **AIDS e representações sociais: uma análise comparativa entre subgrupos de trabalhadores**. Psicologia: Teoria e Prática, ed. especial: p. 91-104, 2004.

MARTINEZ-SANCHES, E.; ROS, M. Os significados da saúde e a saúde como um valor. IN: ROS, M.; GOUVEIA, V. V. **Psicologia social dos valores humanos: desenvolvimentos teóricos, metodológicos e aplicados**; tradução: Olga Cafalcchio, São Paulo: Editora Senac, 2006.

MENIIN, M. S. **Representações sociais de lei, crime e injustiça em adolescentes**. Tese de livre-docência não-publicada, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, SP, 2001.

MEHRY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002;

MINAYO, M. C. S. **Os muitos Brasis**. Saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 12ª edição, 1999, 356 p.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? **Cad. de saúde públ**, v. 9, n. 3, Rio de Janeiro, Jul./set., 1993.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; NETO, O. C; GOMES, R.; **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 1994, 80 p.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978 – tradução Álvaro Cabral.

NASCIMENTO, P. R. **Espaços de deliberação democrática no SUS e discussão sobre a universalidade de direitos**. Tese apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Serviços de Saúde Pública, para obtenção do grau de doutor, 2006, 174 p. Disponível em:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/cys/id:442262>. Acesso em 2 de junho de 2007.

1.1.2 NERY, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad. saúde públ**, v.18, suppl. Rio de Janeiro, 2002.

1.1.3 NOBRE, 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, pp. 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.

OLIVEIRA, D. C. O desenvolvimento infantil nas representações dos profissionais de saúde: um estudo apoiado em análise ALCESTE. IN: TURA, L. F. R.; MOREIRA, A. S. P. & org. **Saúde e representações sociais**. João Pessoa: Editora universitária/UFPB, p. 223-252, 2004.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. **Rev saúde pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PIERRA-PUYSEGUR, M. A., & CORROYER, D. *Les représentations du système pénal chez les enfants de six à dix ans*. **Enfance**, 40(3), 215-229, 1987.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L.; MACHADO, F. R. S. 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/UERJ/ABRASCO, pp. 11-32, 2005

SÁ, C. P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 1996.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**. Do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: editora Record, 2ª edição, 2000, 175 p.

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

SILVA, G. A. Abordando o caminho teórico-metodológico. IN: SILVA, G. A. **Da aparência à essência: o cuidado no cotidiano do portador do HIV**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2004, p. 37-51.

SILVA, G. A. & ABRANTES, V. L. M. M. Por detrás das luvas e máscaras: representações das enfermeiras sobre Aids. IN: TURA, L. F. R.; MOREIRA, A. S. P. & org. **Saúde e representações sociais**. João Pessoa: Editora universitária/UFPB, p. 97-128, 2004.

SOUZA, R. R. Regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 6, no. 2, São Paulo, 2001.

SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.8, no. 4, Rio de Janeiro, Out./Dez. 1992.

TAKAHASHI, R. F. **A singularidade e a sensibilidade de vivenciar a “tuberculose”: a morte anunciada**. (tese) São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1997.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais; a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Editora Atlas, 4ª edição, 1995, 175 p.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. saúde públ.**, v.14, supl. 2, Rio de Janeiro, 1998.

VALENÇA. Prefeitura Municipal de Valença. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Indicadores de Saúde, 2006.

VALENÇA. Prefeitura Municipal de Valença. Secretaria Municipal de Educação. Censo Escolar, ano base 2005.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias**. São Paulo; Editora Paulus, 2003, 384 p.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec. 3ª edição, Série Saúde em Debate, v. 16, 167 p., 1997.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. IN: CAMPOS, G. W. Et. Al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, pp. 531-562.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. IN: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. e col. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB EDITORA, pp. 3-25, 1998.

Apêndice I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado(a) Sr.(a): _____

Você está sendo convidado a participar, voluntariamente, de uma pesquisa sob o título provisório de “O DIREITO À SAÚDE NA ÓTICA DO USUÁRIO: CONFRONTANDO SABERES E PRÁTICAS”, que está sendo desenvolvida pelo estudante do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, nível de mestrado, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Marcos Alex Mendes da Silva, a fim de obter o grau de Mestre em Saúde Coletiva, que tem como orientadora a Prof.^a Dra. Gírlene Alves da Silva.

Esta pesquisa tem como objetivos: Conhecer a representação do direito à saúde elaborada pelo usuário de um serviço de saúde localizado na comunidade do bairro Varginha, no município de Valença, estado do Rio de Janeiro; analisar a percepção dos usuários sobre a participação dos determinantes sociais no seu processo saúde-adoecimento; identificar as formas de organização dos indivíduos da comunidade para assegurarem seu direito à saúde.

Sua participação é livre e voluntária, e para tanto você deverá responder a algumas perguntas que constam no roteiro de entrevista, a ser realizado na unidade básica de saúde local, em data e horário agendado de sua consulta previamente marcada, durante seu período de espera para ser atendido. Você poderá deixar de participar de estudo no momento em que desejar e fazer todas as perguntas que julgar necessário. Informamos ainda, que de acordo com as normas éticas de pesquisa, será respeitado o sigilo absoluto quanto a identidade do entrevistado e quanto às informações fornecidas, e que a utilização dos resultados será exclusivamente para fins científicos, sendo que por ocasião da divulgação destes, o participante receberá um pseudônimo. Além disso, declaramos que o entrevistado terá acesso ao texto da entrevista para conferência e garantia de que nada será publicado sem a sua autorização. As fitas ficarão sob a guarda do pesquisador durante cinco anos, após o referido prazo serão destruídas. Como se trata de uma entrevista é sabido que este é um tipo de procedimento que pode ocasionar risco mínimo ao participante ao falar de situações da sua vivência. Nesse sentido, caso seja comprovado qualquer dano decorrente da entrevista, você receberá atendimento imediato. Ressaltamos que sua participação não inclui nenhuma forma de pagamento, bem como sua desistência também não implicará qualquer cobrança monetária. No entanto, caso seja comprovado dano em relação ao estudo, você será indenizado.

Desde já agradecemos sua importante colaboração e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos que julgar necessário.

Autorização

Eu _____, portador do documento de identidade nº _____, declaro que fui devidamente orientado(a) quanto a finalidade e objetivo desta pesquisa, e concordo em participar da mesma como sujeito de investigação, uma vez que serão mantidos o meu anonimato e que não terei qualquer tipo de prejuízo pessoal. Estou ciente que não haverá nenhuma forma de pagamento ou indenização por minha participação, a não ser que ocorra danos decorrentes do estudo para minha pessoa. Tendo sido minhas dúvidas esclarecidas, autorizo por escrito a realização a gravação em fita magnética da entrevista, bem como a utilização dos dados para fins científicos. O presente termo foi autorizado em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra comigo, enquanto sujeito da pesquisa.

Diante do exposto, asseguro que as informações que prestarei serão baseadas na verdade, e relevantes para o bom êxito da pesquisa.

Valença, ___/___/____.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Endereço: Rua Leon Mouffron, 101. Centro-Valença-RJ.
CEP: 27600-000. Telefone: 2453-3062

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
CEP 36036.900
FONE: 32 3229 3788

Apêndice II

Roteiro de Entrevista

Título da Pesquisa: O direito à saúde na ótica do usuário: confrontando saberes e práticas.

Pesquisadores: Marcos Alex Mendes da Silva
Girlene Alves da Silva (Orientadora)

Roteiro de Entrevista:

Entrevista nº _____

Data: ____ / ____ / ____

Dados de Identificação:

Nome (iniciais) _____

Idade _____

Profissão _____

Escolaridade _____

Renda familiar _____

Reside com quem _____

Questões norteadoras da entrevista.

- ✓ Por que o Sr (Sra) procurou a Unidade de Saúde?
- ✓ Para você o que é ter saúde?
- ✓ Quando você se sente doente?
- ✓ Fale-me sobre os serviços prestados nesta unidade de saúde.
- ✓ O que você faz no dia-a-dia para garantir acesso a esses serviços?
- ✓ Como você pensa a questão do direito à saúde na sua comunidade?
- ✓ Você acha que todos têm direitos iguais em relação à saúde?

