

I. INTRODUÇÃO

O direito à saúde é resultado de uma luta da população no início dos anos 80, que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), como um projeto de Previdência Social e de operacionalização de uma política de saúde com foco no bem-estar da comunidade.

Contextualizando, a questão do direito à saúde, desde 1948, a saúde foi reconhecida internacionalmente pela Organização das Nações Unidas (ONU) como sendo um direito de todos. No Brasil, ela só foi vista como um direito a partir da Constituição de 1988, que abriu perspectivas de apoio às ações de domínio social, quando estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Bem como, criou instrumentos que possibilitam ao cidadão buscarem junto ao Estado seus direitos à saúde, o que deve proporcionar a sociedade uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2007).

Embora o direito à saúde seja garantido pela Constituição Federal, o cotidiano das práticas de saúde revela um contraste existente entre as conquistas estabelecidas por lei e a realidade da assistência à saúde prestada ao cidadão no país. Os principais fatores enfrentados pelo sistema de saúde seriam a desigualdade social, a falta de informação e a falta de humanização das ações de saúde (NERI, 2002; TRAVERSO-YEPEZ, 2004).

Este trabalho surgiu da necessidade de conhecer algumas informações acerca do direito à saúde, as formas de fazer valer esses direitos e o conhecimento sobre controle social no Sistema Único de Saúde do Distrito Federal.

II. OBJETIVOS

- **Geral**

Levantar o conhecimento dos usuários acerca dos seus direitos à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) do Distrito Federal.

- **Específicos**

- ✓ Analisar o conhecimento dos usuários sobre o controle social dentro do SUS.
- ✓ Identificar se os usuários do SUS conhecem seus direitos à saúde e as formas de exigí-lo.

III. JUSTIFICATIVA

Apesar do SUS ter sido criado desde 1988, existem lacunas na operacionalização do modelo, uma vez que se observa um avanço na legislação existente e uma baixa resolutividade dos problemas da população. A falta de compreensão dos princípios de organização do SUS por parte dos usuários e dos profissionais dos serviços de saúde, além das limitações do conhecimento do controle social são os obstáculos à implementação efetiva do SUS.

Neste sentido, é interessante saber se os usuários do serviço de saúde têm conhecimento sobre seus direitos, a fim de que seja possível atender suas demandas por meio da comunicação, informação e participação da sociedade sobre a legislação e o funcionamento do SUS. Sendo assim, esta pesquisa é importante para o setor saúde, os usuários e os profissionais, uma vez que abre perspectivas para a criação de nova visão que visem melhorar o acesso aos serviços de saúde, mantendo o sistema de saúde mais informado quanto à demanda da sociedade e que os profissionais de saúde repassem as informações para os usuários. Por sua vez, utilizem essas informações e se beneficiem com o sistema com vistas a promover uma melhor qualidade de vida.

Frente a este cenário, as questões norteadoras que vão balizar o estudo são: os Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do Distrito Federal conhecem seus direitos à saúde? Quais são as formas de exigir seus direitos à saúde?

IV. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 HISTÓRICO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

O direito à saúde foi reconhecido internacionalmente em 1948, com a aprovação da Declaração Nacional dos Direitos Humanos das Nações Unidas (ONU). No Brasil esse “direito” era oferecido a partir de 1923 apenas para os trabalhadores que contribuíam com a Previdência Social, restando às outras parcelas da população a assistência prestada por entidades filantrópicas (BRASIL, 2007).

O nascimento da Previdência Social foi o marco inicial do sistema de saúde brasileiro. No início do século XX, em função das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no país (1917 e 1919). A partir dos movimentos operários (ferroviários) em busca de melhores condições de trabalho e da garantia dos direitos trabalhistas, foi criada em 24 de janeiro de 1923 a Lei Eloy Chaves e através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão-CAPs (POLIGNANO, 2001).

As CAPs tinham as seguintes características: deveria ser aplicada somente ao operário urbano; as caixas deveriam ser organizadas por empresas e não por categorias profissionais; a criação de uma CAP dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores de determinada empresa; a primeira CAP criada foi a dos ferroviários; a comissão que administrava a CAP era composta por três representantes da empresa e de dois representantes dos empregados, eleitos diretamente a cada três anos. O Estado não participava do custeio das Caixas (POLIGNANO, 2001).

O sistema das Caixas estabelecido pela Lei Eloy Chaves deveria garantir aos contribuintes aposentadorias; pensão para seus herdeiros em caso de morte; serviços funerários; socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia; medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração; arcar com a assistência aos acidentados no trabalho (POLIGNANO, 2001).

A partir de 1933, as categorias do operariado urbano foram estendidas e as antigas CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), entidades de grande porte abrangendo os trabalhadores agrupados por ramos de atividades: IAPTEC-

trabalhadores em transporte e cargas; IAPC-comerciários; IAPI-industriários; IAPB-bancários; IAPM- marítimos e portuários e IPASE-servidores públicos (JÚNIOR, 2006).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde que se dedicava às atividades de caráter coletivo, como as campanhas e a vigilância sanitária. Neste período, a assistência médica cresce e se desenvolve no âmbito das instituições previdenciárias. Com a existência de várias instituições previdenciárias e a multiplicidade de tratamentos aos seus usuários, o governo decide uniformizar os métodos e cria a Lei Orgânica da Previdência Social, em agosto de 1960 (JÚNIOR, 2006).

Com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social os direitos e deveres passaram a ser semelhantes facilitando a uniformização e centralização das IAPs formando o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social. Assim, estabeleceram-se convênios entre empresas e o INPS para atendimento ao trabalhador nos locais de trabalho; e a previdência foi estendida para várias categorias rurais (FALEIROS, 2006).

No interior destas instituições (INPS) foi se configurando a rede de serviços de atenção à saúde, de complexidade crescente, que formou o sistema assistencial do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS criado nos anos 70 como órgão específico para as funções da assistência à saúde no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social, no contexto de criação do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS). A ação do governo no campo da assistência médica, portanto, foi organizada como direito restrito à parcela da população que contribuía, com parte do seu salário, para o sistema de previdência social (LUCCHESI, 2004).

O modelo inicial da assistência médica não era universal e baseava-se nos vínculos trabalhistas. Tinham direito aos benefícios somente trabalhadores que contribuía para a Previdência, ou seja, aqueles “com carteira assinada” (JÚNIOR, 2006).

Em 1975, a Lei 6.229 organiza o Sistema Nacional de Saúde e estabelece as principais competências das distintas esferas de governo. Essa organização tinha forte característica centralizadora no nível federal e nítida dicotomia entre as ações coletivas (competência do Ministério da Saúde) e individuais (competência do Ministério da Previdência e Assistência Social), o que fazia com que não se estabelecesse um comando único em cada esfera de governo (ANDRADE, 2000).

Esse sistema recebeu fortes críticas de setores acadêmicos (Universidades, Departamentos de Medicina Preventiva e Social e Escolas de Saúde Pública) e de setores da sociedade civil. Já na década de 80, principalmente a partir de 1985, no interior do processo de redemocratização do país, deu-se o nascimento de um considerável movimento de múltiplos

atores políticos chamado Movimento da Reforma Sanitária (ANDRADE, 2000).

As críticas destacavam o acesso restrito e desigual da população a ações e serviços públicos de saúde; a distribuição irracional e territorialmente concentrada da oferta de ações e serviços públicos de saúde; a ação fragmentada das esferas nacional e subnacionais de governo na gestão dos problemas sanitários; a ação desarticulada das diferentes redes de serviços (básica, especializada e de atendimento hospitalar); o desperdício de recursos financeiros; o planejamento e a gestão pública centralizada (LUCCHESI, 2004).

A Reforma Sanitária tinha como objetivo questionar o quadro de iniquidades do sistema de saúde. A luta constante teve como um dos seus pontos altos a realização, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, evento histórico que permitiu a participação da sociedade civil na construção de um novo cenário para a saúde. O princípio desta conferência foi, “A saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Suas principais resoluções foram confirmadas pela Constituição Federal em 1988. Após esta aprovação a saúde passou a integrar o Sistema da Seguridade Social, juntamente com a Previdência e a Assistência social (BRASIL, 2007).

4.2 O NASCIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A ideia de criação de um sistema único de saúde foi sendo construída com o propósito de reorganizar a ação do Estado no território nacional, visando assegurar o acesso universal e igualitário da população a um cuidado integral a sua saúde, sem qualquer discriminação e independentemente da oferta de serviços disponível em seu lugar de moradia, por meio de uma rede nacional de ações e serviços descentralizado, hierarquizado e regionalizado, com gestão política também descentralizada e participativa, capaz de dar maior resolutividade, eficácia e qualidade à atenção à saúde de toda a população brasileira (LUCCHESI, 2004).

Isto significa que os postos de saúde municipais, os centros de saúde estaduais, os hospitais federais, estaduais e municipais, os hospitais universitários seriam integrados em um único sistema, com unicidade conceitual e operativa, cuja direção seria única em cada esfera de governo: do Ministério da Saúde, no governo federal; das secretarias estaduais de saúde; e, das secretarias municipais de saúde, nos governos municipais (LUCCHESI, 2004).

O grande desafio do Movimento da Reforma Sanitária passou a ser promover a transição do sistema desintegrado e centralizado, serviços médicos hospitalares privados, programas verticalizados, para outro sistema com comando único em cada esfera de governo

(ANDRADE, 2000).

A Constituição Federal de 1988 deu nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo sendo que antes era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é concebida de forma integral (preventiva e curativa). Definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo (JÚNIOR, 2006).

Partindo dessa conquista foi instituído o SUS, como um sistema de atenção e cuidados, com base no direito universal à saúde e na integridade das ações, abrangendo a vigilância e promoção da saúde e recuperação de agravos. Em 1990 foram criadas duas leis que regulamentaram o SUS, a chamada Lei Orgânica da Saúde: Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142. Os princípios definidos pela Constituição Federal do SUS foram detalhados nessas leis, onde foi mantido o acesso universal e igualitário a ações e serviços; participação comunitária; rede regionalizada e hierarquizada; descentralização. Porém, a criação do SUS não foi suficiente para efetivação do direito da população à saúde. Uma vez que, os usuários ainda não conseguem atender suas demandas em saúde (BRASIL, 2007).

A Lei 8080/90 disciplina a descentralização político-administrativa do SUS, enfatizando seus aspectos de gestão e financiamento, e regulamentando as condições para sua promoção, proteção e funcionamento. A Lei 8142/90 regulamenta a participação da comunidade, bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros (ANDRADE, 2000).

No Art. 7º da Lei 8.080/90 refere que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios (BRASIL, 1990):

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua

utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Santos (2004) assinala que nos princípios do SUS, apesar de a saúde ser um direito de todos garantidos pela Constituição de 1988, existem problemas na divulgação desses direitos para que população e os profissionais de saúde se apropriem de informações. Neste sentido, o acesso à saúde é um passo a mais para a construção da cidadania. Também, a outra face da questão mostra que o profissional de saúde precisa abrir-se e comunicar-se com a população para que reduza esse fosso entre a satisfação do usuário e a melhoria do acesso ao sistema de saúde.

Como forma de regulamentar a transição do modelo organizacional e o SUS, o Ministério da Saúde utiliza instrumentos normativos com o objetivo de regular as transferências de recursos financeiros da União para os Estados e Municípios, o planejamento das ações de saúde e os mecanismos de controle social. Estes instrumentos são as Normas Operacionais Básicas-NOB: NOB 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96. As NOB são produto da necessidade de um processo político de pactuação intergestores que, após a publicação da Lei Orgânica da Saúde, vem criando condições privilegiadas de negociação para viabilizar a descentralização e a construção do SUS (ANDRADE, 2000).

Para garantir a flexibilidade do processo de descentralização e respeitar a diversidade das realidades municipais e estaduais foram asseguradas instâncias de negociação e pactuação entre os gestores do SUS: para os Estados, as Comissões Intergestores Bipartites-Estado e

município, e para a União, a Tripartite-Ministério da Saúde, Secretários Estaduais de Saúde e Secretários Municipais de Saúde (ANDRADE, 2000).

O SUS é uma conquista do povo em permanente processo de construção e aperfeiçoamento, com característica que o configura como um sistema contra hegemônico e contrário à visão de mercado. Durante a década de 90, medidas de cunho neoliberal trouxeram prejuízos ao processo de consolidação do SUS, devido à retirada do financiamento da saúde do Fundo de Seguridade Social, abalando seriamente o provimento de recursos para o setor, problema que até hoje permanece sem solução definitiva (BRASIL, 2007).

Com isso, sem contar com o volume necessário de recursos, o SUS tende a não oferecer, em quantidade suficiente e em condições adequadas o atendimento das necessidades e as demandas de saúde de toda a população, os serviços de média e alta complexidade, ou seja, aqueles que demandam maiores investimentos e que interessam de forma particular, ao setor privado, fortalecendo os planos de saúde (BRASIL, 2007).

O SUS é um avanço das ações de saúde no Brasil, tanto nas ações de atenção básica quanto às ações de vigilância, assistência de média e alta complexidade. Por sua vez, propicia uma descentralização, com ênfase na municipalização. É uma verdadeira reforma democrática do Estado com a criação e funcionamento de conselhos, dos fundos de saúde dos repasses fundo a fundo das comissões intergestores tripartite/bipartites a partir da extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS (SANTOS, 2007).

A Constituição Federal de 1988, com perfil programático em diversos aspectos, propôs um novo ordenamento ao setor saúde, propiciando um desenho particular em aspectos ético-políticos fundamentais. O direito à saúde universalizou-se, apontando para a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. Abriam-se espaços para gestão e democratização dos serviços de saúde, com a ampliação da participação popular, possibilitando o controle social por diferentes sujeitos coletivos que interagem entre si e com o Estado (NOGUEIRA, 2002).

A Constituição brasileira situa a saúde como um direito universal, um direito de cidadania social, garantido, portanto, através de políticas públicas, compondo, com a assistência e a previdência, o Sistema Nacional de Seguridade Social. Integrando esse Sistema, os serviços de saúde seguem as diretrizes de universalização, descentralização, de financiamento equitativo, de comando único em cada esfera de governo, de atendimento integral e de participação comunitária, que podem ser considerados os elementos institucionais e organizacionais que viabilizarão a concepção de direito aprovado pela Assembléia Nacional Constituinte (NOGUEIRA, 2002)

A organização social desenhada nessa constituição prevê a participação do povo na gestão

pública, seja ou não por via institucional. É a prevalência da vontade do povo sobre aquela de qualquer indivíduo ou grupo, pois democracia implica autogoverno e exige que a própria população decida sobre as diretrizes políticas fundamentais do Estado (DALLARI, 1996).

Para Traverso-Yepez (2004) embora a saúde seja um direito garantido pela Constituição, um olhar sobre o cotidiano das práticas de saúde, revela a contradição existente entre as conquistas estabelecidas no plano legal e a realidade vivenciada pelos usuários e profissionais da saúde.

Segundo Neri (2002) um fator importante para os problemas enfrentados pelo SUS é a desigualdade social no Brasil. Onde pessoas de maior renda possuem boa escolaridade, acesso a saneamento básico, apresenta menor fator de riscos para doenças e utilizam mais os serviços de saúde, enquanto a população de baixa renda que precisam mais do acesso aos serviços de saúde não conseguem com facilidade.

Santos (2007) reforça ainda que, apesar das adversidades a partir de 1990 (sub-financiamento e precarização da gestão dos recursos humanos), a inclusão social por meio do acesso aos bens de saúde, prosseguiu com esforço e eficiência. Porém as evidências mostram que somente parte do ideário da Reforma Sanitária e dos princípios e diretrizes do SUS foram cumpridas e implementadas.

4.3 DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS

A palavra direito refere-se a um ramo do conhecimento humano - a ciência do direito - ao mesmo tempo em que esclarece seu objeto de estudo. O direito é um sistema de normas que regulam o comportamento dos homens em sociedade. Na reivindicação do direito à saúde, o termo é empregado no sentido subjetivo, ou seja, passivo de interpretação. Com isso o direito é compreendido como regras do comportamento humano em sociedade. (DALLARI, 1997).

Assim a concepção do direito à saúde envolve aspectos sociais e individuais. Na concepção individual do direito à saúde as pessoas devem ser livres para escolher o tipo de relação que terão com o meio ambiente, em que cidade e que tipo de vida pretende viver, suas condições de trabalho, o tipo de tratamento a que se submeterão, implicando na liberdade de escolha do profissional de saúde que vai determinar o seu tratamento. Nessa concepção social o direito à saúde privilegia a igualdade onde todos possam usufruir igualmente do sistema de saúde. O Estado deve ter seu direito ao desenvolvimento reconhecido e assegurado para

garantir as mesmas medidas de proteção e iguais cuidados para a recuperação da saúde para todo o povo (DALLARI, 1997).

O direito sanitário se interessa tanto pelo direito à saúde, enquanto reivindicação de um direito humano, quanto pelo direito da saúde pública: um conjunto de normas jurídicas que têm por objeto a promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos os indivíduos que compõem o povo de determinado Estado, compreendendo, portanto, ambos os ramos tradicionais em que se convencionou dividir o direito: o público e o privado (DALLARI, 1997).

Para Dias (2003) o direito à saúde é um conjunto de normas jurídicas que estabelecem os direitos e as obrigações em matéria de saúde, para o Estado, os indivíduos e a coletividade, regulando de forma ordenada as relações entre eles, na prática ou abstenção de atos, no interesse da coletividade.

A Constituição Federal reconhece, que a oferta de serviços e produtos de saúde por si só não basta para proteger a saúde da população. No artigo 196 da Constituição, está expressamente previsto que a garantia do correspondente direito à saúde se dá “mediante políticas sociais e econômicas” (FERRAZ, 2009).

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Há claro reconhecimento de que a saúde possui determinantes múltiplos e complexos que requerem a formulação e a implementação, pelo Estado, de políticas públicas abrangentes, isto é, que vão além da garantia de acesso a serviços e produtos de saúde. Bem como, para além do setor saúde deve ter o comportamento do Estado nas questões da habitação, educação, trabalho, lazer e renda, todas com influência no setor saúde. (FERRAZ, 2009).

A difusão da consciência do direito à saúde na população, mesmo reconhecendo a distância entre a sua formalização jurídica e a garantia concreta, poderia ser considerada um outro avanço, capaz de ensejar novas lutas e iniciativas no processo da Reforma Sanitária Brasileira (VAITSMAN, 2009).

Os artigos 2º e 4º reforçam o conceito de saúde e definem o SUS (BRASIL, 1990).

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

O Ministério da Saúde elaborou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde considerando a necessidade de promover mudanças de atitude em todas as práticas de atenção e gestão que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão (BRASIL, 2006).

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

O Direito à Saúde não deve ser concebido, exclusivamente, no sentido de que uma pessoa estaria impossibilitada de vir a ser prejudicada na sua saúde, por outra pessoa, mas por várias formas de agressão originárias da comunidade ou mesmo do meio ambiente. Nesse sentido, a norma jurídica deve criar e ampliar direitos para os indivíduos, sendo essa sua obrigação (DIAS, 2003).

Para Santos (2004) os direitos além de configurados em lei, precisam ser acessíveis e concretizados, e acima de tudo, o direito à saúde precisa ser reconhecido enquanto direito social e de cidadania. Neste sentido, a maior dificuldade do setor saúde é implementação na prática das conquistas legais da legislação.

Fortes (2004) ressalta que no Brasil, a constituição federal prioriza os direitos individuais, coletivos e sociais, trazendo diretrizes e normas que se referem, de forma direta ou indireta, à humanização da atenção em saúde, preservando a autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, à igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Dallari (2007) descreve que o direito no século XXI deve refletir o equilíbrio entre a proteção individual e o desenvolvimento coletivo, no cenário da “sociedade de risco”, usando como alternativa os bancos de dados epidemiológicos para que possamos compreender algumas das mais importantes facetas desse equilíbrio tão precário. É de interesse social a criação desses dados epidemiológicos e o Estado tem uma participação acentuada na prestação de serviços de saúde, pois sempre os financia de alguma forma.

Sendo assim, para que sejam estabelecidos controles efetivos sobre os gastos realizados, é

importante que exista um banco de dados com a informação pessoal dos recebedores de cuidados médicos sobre quais cuidados foram prestados para qual ou quais diagnósticos. Do mesmo modo, com esses dados (obtidos nos atendimentos de saúde) é possível identificar quais os determinantes para uma dada “epidemia”. Permitindo ainda, que tais determinantes possam requerer uma atenção especial, visando conter a doença ou o agravo à saúde (DALLARI, 2007).

Os indivíduos podem decidir livremente sobre aceitar ou recusar a prestação da assistência à saúde, direito a serem tratados com agilidade, privacidade e respeito, assim como ser informado sobre seu estado de saúde e as alternativas possíveis de tratamento. Para a autora é necessário que reformule as práticas cotidianas de gestão e de atenção à saúde, substituindo culturas institucionais, que tendem a tratar as pessoas como “coisas” deixando de levar em consideração suas reais necessidades, por um processo de humanização das informações, da atenção e dos serviços de saúde (FORTES, 2004).

4.4 HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A Política Nacional de Humanização existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2011).

Humanizar refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde (FORTES, 2004).

Segundo Brasil (2004) humanização do SUS é: valorizar os diferentes sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores); estimular a autonomia e o protagonismo desses sujeitos e dos coletivos; aumentar o grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecer vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão; mapear e interagir com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde; oferecer a mesma atenção à saúde, sem qualquer discriminação; mudar os modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade; propor um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil, e mais resolutivo; melhorar a qualidade do ambiente, da condição de trabalho e atendimento; lutar por um SUS mais humano (participação social, qualidade dos seus serviços

e saúde integral para todos).

Segundo Brasil (2004) os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) são:

- Inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde:
Refere-se a práticas interdependentes e complementares. A incorporação da humanização deve ocorrer considerando-se tal entendimento;
- Transversalidade: trata-se de concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias, que aumentam o grau de abertura da comunicação intra e intergrupos e ampliam as grupalidades, o que se reflete em mudanças nas práticas de saúde;
- Autonomia e protagonismo dos sujeitos: têm relação com a corresponsabilidade entre gestores, usuários e a participação coletiva nos processos e na gestão.

As diretrizes gerais para implementação da PNH são (BRASIL, 2004):

- Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa;
- Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido;
- Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;
- Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Sensibilizar as equipes de saúde ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos;
- Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;
- Viabilizar participação dos trabalhadores nas unidades de saúde através de colegiados gestores;
- Implementar sistema de comunicação e informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde;
- Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS.

4.5 CONTROLE SOCIAL NO SUS

A participação contínua da sociedade na gestão pública é um direito assegurado pela Constituição Federal (1988), permitindo que os cidadãos não só participem da formulação das políticas públicas, mas, também, fiscalizem de forma permanente a aplicação dos recursos (BRASIL, 2011).

A expressão “controle social” designa o conjunto de ações de vigilância sobre o exercício dos direitos de cidadania, referindo-se às diferentes esferas que podem interferir sobre os mesmos: estado, organizações da sociedade civil, instituições da esfera privada; relações interpessoais (BRASIL, 2009).

A participação social e popular no SUS pode ocorrer através de várias instâncias como: Conselho de Saúde, Conferência de Saúde, Ouvidoria do SUS, Ministério Público, *Habeas corpus*, Mandado de injunção, *Habeas data* e PROCON.

O exercício do controle social acontece em várias instâncias da sociedade, como as associações profissionais da área, as associações dos usuários, Ministério Público e, principalmente, através dos conselhos de saúde que envolve um grande número de cidadãos nas funções de fiscalizar e deliberar sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde em todo o país (OLIVEIRA, 2004).

Segundo Schimith (2004) a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) teve como objetivo reorientar o modelo assistencial, descentralizar a gestão da saúde e efetivar o SUS. Tal programa é um instrumento importante na orientação dos direitos dos usuários, promovendo assim uma cidadania, uma participação da comunidade no planejamento das atividades relacionadas à saúde.

O principal instrumento para a reorganização do SUS é a educação em saúde. Com essa educação é possível incentivar a população a participar nas ações e serviços de saúde no sentido de construir uma atenção à saúde integral em que as pessoas e os grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas. É uma estratégia de reorientação e ampliação da participação. A educação dos trabalhadores de saúde nesta perspectiva é também fundamental para a ampliação de uma gestão participativa no SUS (VASCONCELOS, 2004).

4.5.1 Conselho de Saúde e Conferência de Saúde

No artigo 1º da Lei 8.142 são estabelecidas as instâncias colegiadas: Conselho de Saúde e Conferência de Saúde, que são formas de representação e Controle Social no SUS (BRASIL, 1990):

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

Conferências e Conselhos de Saúde são, hoje, os principais espaços para o exercício da participação e do controle social sobre a implementação da política de saúde em todas as esferas de governo. Nesse processo, os avanços são significativos, ainda que seja possível identificar a permanência de muitas fragilidades e a necessidade de superação de práticas clientelistas ou corporativas que subsistem em muitas situações (BRASIL, 2009).

Para Sposati (1992) a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabelece as instâncias colegiadas e participativas no campo da saúde: A Conferência Nacional de Saúde avalia e propõe as readequações na política de saúde, cuja composição envolve diferentes representações sociais; o Conselho de Saúde, como órgão gestor de caráter permanente, com representação dos vários segmentos envolvidos na produção, gestão e usufruto da saúde; o Conass - Conselho Nacional de Secretarias de Saúde; e o Conasems - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

A participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 2003).

A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde: 50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores de saúde; 25% de

representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2003).

Se for possível afirmar que a Lei 8.142/90 assegurou canais para a participação social institucionalizada em conferências e conselhos de saúde, constatam-se, ao mesmo tempo, um refluxo dos movimentos sociais no setor e a existência de obstáculos para a realização de uma cidadania plena, comprometendo a qualidade dessa participação em termos de representatividade e legitimidade, inclusive com a colonização desses espaços por interesses partidários, corporativos e de grupos (VAITSMAN, 2009).

Algumas dificuldades são apresentadas quanto ao funcionamento dos conselhos de saúde que exigem práticas democráticas, esbarrando em dificuldades relacionadas à inconsistência de uma cultura política democrática e à persistência de uma tradição autoritária, ainda presente na realidade nacional (SILVA, 2007).

Segundo Silva (2007) a informação é uma importante estratégia para o exercício do controle social, pois, a mesma possui uma dimensão política e estratégica para os processos decisórios nos conselhos de saúde, fazendo-se necessário a existência de mecanismos participativos e democráticos. Sendo assim, o acesso às informações precisa ser democratizado e as barreiras existentes, superadas. Para tanto, na perspectiva de fortalecer o exercício do controle social na política de saúde, se faz necessário, por parte dos sujeitos políticos envolvidos no processo, o efetivo conhecimento do Sistema Único de Saúde, da Legislação, da realidade epidemiológica, assistencial, financeira e política para acompanhar, estimular e avaliar o sistema de informações em saúde no nível municipal, estadual e nacional.

O acesso à informação amplia a capacidade de argumentação dos sujeitos políticos coletivos nos processos decisórios, ou seja, na construção do Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde. Isso implica a possibilidade dos conselhos de saúde deliberar sobre a política de informação e comunicação em saúde e intervir na realidade hoje existente (SILVA, 2007).

4.5.2 Ouvidoria Geral do SUS

Outro mecanismo de participação da comunidade é a Ouvidoria Geral do SUS. Esta ouvidoria é um canal de articulação entre o cidadão, que exerce seu papel no controle social, e a gestão da saúde pública, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo Sistema de Saúde (SILVA, 2010).

O decreto 4.726/2003 em seu artigo 28 trata do que compete ao Departamento de Ouvidora-geral do SUS (BRASIL, 2003):

I - propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde, no âmbito do SUS, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação do SUS;

II - estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de Ouvidoria da Saúde;

III - implementar políticas de estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS;

IV - analisar sugestões emanadas da sociedade civil por intermédio de suas organizações, com vistas à ampliação do acesso e à melhoria dos serviços de saúde e promover a discussão com os outros órgãos do Ministério;

V - estimular a realização permanente de fóruns de usuários do SUS;

VI - promover ações para assegurar a preservação dos aspectos éticos, de privacidade e confidencialidade em todas as etapas do processamento das reclamações ou informações decorrentes;

VII - propor medidas visando assegurar o acesso do cidadão às informações individuais existentes nos órgãos de saúde;

VIII - recomendar a correção de problemas identificados mediante reclamações enviadas diretamente ao Ministério contra atos e omissões ilegais ou indevidas no âmbito da saúde; e

IX - recomendar a revogação ou correção de atos que não atendam aos objetivos e normas constantes da legislação vigente na área da saúde (BRASIL, 2003).

4.5.3 *Habeas corpus*

É uma medida que visa proteger o direito de ir e vir. É concedido sempre que alguém sofre ou se acha ameaçado de sofrer violência ou coação em sua liberdade de locomoção, por ilegalidade ou abuso de poder. Quando há apenas ameaça a direito, o habeas corpus é preventivo (BRASIL, 2005).

Possui duas modalidades de ação: o habeas corpus, denominado preventivo, a ser feito valer antes da perpetração da violência ou da coação, com o objetivo de impedi-las, e o habeas corpus suspensivo, a ser utilizado pelo indivíduo quando já consumadas a violência ou a coação. Nesta hipótese, o objetivo da medida é liberar o paciente (BASTOS, 1998).

O habeas corpus poderá ser impetrado por qualquer pessoa, em seu favor ou de outrem, bem como pelo Ministério Público (BASTOS, 1998).

A Constituição Federal no art.5º trata dos direitos e deveres individuais e coletivos, concedendo os seguintes meios para a busca do direito à saúde (BRASIL, 1988):

LXVIII- Conceder-se-á *habeas corpus* sempre que alguém sofrer ou se achar ameaçado de sofrer violência ou coação em sua liberdade de locomoção, por ilegalidade ou abuso de poder;

LXIX - conceder-se-á mandado de segurança para proteger direito líquido e certo, não amparado por "*habeas-corpus*" ou "*habeas-data*", quando o responsável pela ilegalidade ou abuso de poder for autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições do Poder Público;

O *Habeas Corpus* representa instrumento de proteção da liberdade individual, cabível contra a ilegalidade e o abuso de poder de qualquer autoridade, reconhecido como ação ou recurso (natureza híbrida ou mista), que pode ser impetrado por qualquer pessoa física ou jurídica, em favor próprio ou de terceiro, tenha ou não capacidade postulatória (CREVATIN, 2008).

Muitas ações tramitam em todo o país objetivando o fornecimento, por parte do Estado, de algum medicamento ou tratamento médico. Nestas demandas, encontramos a manifestação de uma série de questões muito mais amplas, que dizem respeito à que espécie de Estado queremos e a sua conformação organizacional, bem como deve ser sua operacionalização (MEZZOMO, 2006).

O cidadão comum pode levar à apreciação do Poder Judiciário qualquer lesão ou ameaça de lesão a direito (art. 5º, inciso XXXV, da Constituição Federal de 1988), sendo assim, esta problemática do direito à saúde acaba por desembocar nas mãos do Juiz (MEZZOMO, 2006).

4.5.4 Mandado de injunção

Pode ser ajuizado por qualquer pessoa que se sinta impedida de exercitar um direito constitucionalmente assegurado pela falta de norma regulamentadora que viabilize o exercício desse seu direito (BASTOS, 1998).

LXXI – conceder-se-á mandado de injunção sempre que a falta de norma regulamentadora torne inviável o exercício dos direitos e liberdades constitucionais e das prerrogativas inerentes à nacionalidade, à soberania e à cidadania;

4.5.5 *Habeas data*

O instrumento de *habeas data* serve para restabelecer o direito lesado do titular do direito à saúde, no caso de lhe serem negadas informações que lhe são pertinentes e também àquelas acerca de sua doença, assim como dados de seu prontuário, cadastro, exames, custos, conta hospitalar. Enfim, o elenco não é exaustivo, de sorte que o paciente tem sempre o direito de conhecer os dados a respeito de seu corpo, doença e saúde, estando à finalidade do *habeas data* intimamente ligada à privacidade das pessoas (CREVATIN, 2008).

Em relação ao *habeas data* na lei:

LXXII - Conceder-se-á *habeas data*:

- a) Para assegurar o conhecimento de informações relativas à pessoa do impetrante, constantes e registros ou banco de dados de entidades governamentais ou de caráter público;
- b) Para a retificação de dados, quando não se prefira fazê-lo por processo sigiloso, judicial ou administrativo.

4.5.6 PROCON

O Código de Defesa do Consumidor é um importante meio de tutela do direito individual à saúde. Diante à relação de consumo, uma vez que o paciente é consumidor, ainda que remunere indiretamente (casos de atendimento via SUS) o profissional da saúde, e, também, porque os danos (morais e patrimoniais) ao consumidor abrangem a saúde, por ser a mesma um direito e que a ausência de atendimento a essa demanda permite o questionamento aos órgãos que protegem o cliente (CREVATIN, 2008 apud GERMANO SCHWARTZ 2001, p. 129).

O Código de Defesa do Consumidor prevê ações coletivas em defesa do consumidor, presente no caso da saúde quando caracterizada à relação de consumo (CREVATIN, 2008).

A Ação Civil Pública, regulada pela Lei nº 7.347/85, é instrumento processual adequado para impedir danos ao patrimônio público e social, ao meio ambiente, ao consumidor, ao patrimônio estético, histórico e paisagístico. Essa Lei protege os direitos coletivos individualizáveis, os direitos individualmente homogêneos – sendo esses últimos

caracterizados pela extensão divisível ou individualmente variável do dano ou da responsabilidade – e os interesses difusos da sociedade, não se prestando a amparar direitos individuais (CREVATIN, 2008).

Visa, basicamente, à reparação do fato consumado, valendo-se, para tanto, da condenação em pecúnia, que reverte para o Fundo de Defesa de Direitos Difusos, ou do cumprimento da obrigação de fazer ou não fazer. A legitimação para a ação é deferida a alguns órgãos: Ministério Público, União, Estados, Municípios, autarquias, empresas públicas, fundações, sociedades de economia mista ou associação (CREVATIN, 2008).

Pode ser de abrangência estadual ou municipal, e seu objetivo é dar atendimento tanto aos consumidores quanto aos fornecedores, atuando de forma consultiva e deliberativa, ou seja, ele serve para orientar, receber, analisar e encaminhar as reclamações, denúncias e consultas de consumidores, fiscalizar de forma preventiva se os direitos dos consumidores estão sendo respeitados, evitar abusos, educar e divulgar sobre o consumo adequado de produtos e serviços e também aplicar sanções (TEDARDI, 2010).

As queixas pessoais, ou seja, com o comparecimento do reclamante aos postos de atendimento, ou então por *carta/representações/petições* etc. ou mesmo *telefonemas*, de qualquer forma é preenchido o chamado C.A. (Controle de Atendimento), ou ficha de atendimento, onde são anotados os dados dos interessados (reclamante e reclamado), o teor da reclamação e seu andamento, finalizando com a resolução ou parecer técnico. O passo importante desse controle de atendimento, além do parecer técnico ou resolução, desde logo, é sua *classificação* da matéria, porque se canaliza cada reclamação ao setor especializado, que pode mais facilmente "trabalhá-la", conforme jargão empregado no âmbito dos Procons, formando ainda uma espécie de "procedimento padrão" de encaminhamento, ou ainda uma certa "jurisprudência na tratativa de cada reclamação" (REIS, 2003).

4.5.7 Ministério Público

Atualmente, é função de o Ministério Público promover o inquérito civil e a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao consumidor, inclusive à saúde. A Constituição Federal atribui as funções institucionais do Ministério Público no artigo 129 (DIAS, 2003).

Art. 129. II- 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).

O Ministério Público Federal (MPF) trabalha pela construção de uma sociedade inclusiva e justa em questões como (BRASIL, 2010):

- Acesso à justiça;
- Alimentação adequada;
- Comunicação social;
- Direito a habitação;
- Direito a informação;
- Direito do idoso;
- Direitos sexuais e reprodutivos;
- Educação, enfrentamento das várias formas de discriminação;
- Liberdade de expressão;
- Saúde, previdência e assistência social;
- Segurança pública e sistema prisional.

O Ministério Público tem autonomia funcional e administrativa asseguradas pela Constituição, e não está subordinado ao Executivo, Legislativo ou Judiciário. Ele é formado por (BRASIL, 2010):

- Ministérios públicos estaduais (integrados por promotores e procuradores de Justiça);
- Ministério Público da União, que compreende os Ministérios Públicos Federal, do Trabalho, Militar e do Distrito Federal e Territórios;
- Ministério Público Eleitoral.

O MPF age por meio de diferentes instrumentos, entre eles a recomendação a órgãos ou prestadores de serviços públicos, para que respeitem os direitos humanos e as normas legais e constitucionais que protegem o cidadão; a ação civil pública, destinada a proteger interesses difusos ou coletivos; a audiência pública, para ouvir as partes envolvidas; e o termo de ajustamento de conduta, pelo qual o denunciado se compromete a sanar a irregularidade (BRASIL, 2010).

O Ministério Público é um órgão da Administração Pública responsável pela defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais. E por ter competência jurídica, é um órgão importante na construção e legitimidade do SUS, sendo, portanto, indispensável como interlocutor do controle social (ASSIS, 2003).

A primeira forma de exercer a cidadania é conhecer os direitos e deveres presentes na Constituição e nas leis. Qualquer infração ou ameaça a esses direitos pode ser comunicada ao Ministério Público Federal. Busque a Procuradoria da República mais próxima da sua cidade caso algum direito não está sendo respeitado e fale com o procurador regional dos Direitos do Cidadão (BRASIL, 2010).

V. MATERIAL E MÉTODO

5.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa utilizando a análise de conteúdo, onde será realizado um trabalho de campo em torno do conceito de “Direito à saúde”, com vistas a apreender a construção do conceito de saúde e as formas de conquistá-la na esfera pública.

5.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário do estudo é o Centro de Saúde nº 4 localizado na cidade de Ceilândia-Distrito Federal, na área sul, especificamente, no endereço QNN 16 Lote F. Essa Unidade de Saúde abrange as áreas QNM 06; 08; 10; 22; 24; 26 e Áreas Especiais da QNN 16; 30; 32 e 34, com horário de funcionamento de 7h às 12h e 13h às 18h. O centro possui as seguintes especialidades clínicas: médica, pediátrica, ginecologia/obstetrícia, odontologia, serviço social e nutrição. O Centro de Saúde nº 4 está situado a 26 quilômetros do Plano Piloto de Brasília (BRASÍLIA, 2011).

A rede de saúde Ceilândia conta com 12 Centros de Saúde e 1 Hospital Regional, todos públicos. Nestes Centros de Saúde são oferecidos diversos tipos de tratamento como: a sala de pré-consulta do adulto, da mulher e da criança; teste do pezinho; sala de injeções e curativos; sala de imunização; nebulização; marcação de consultas; coleta de exames laboratoriais e a dispensação de medicamentos (BRASÍLIA, 2011).

Ceilândia é a Região Administrativa com a maior população do Distrito Federal e tem como cidades limítrofes - Taguatinga, Samambaia, Brazlândia e entorno do DF, tais como os municípios goianos de Águas Lindas de Goiás e Santo Antônio do Descoberto. Ceilândia possui uma área total de 230,30 km² e uma população de aproximadamente 600.000 habitantes (BRASÍLIA, 2011).

A cidade surgiu a partir da Campanha de Erradicação de Invasões (CEI), que aconteceu em 27 de março de 1971 pelo governo local, e hoje é subdividida em diversos bairros como: Ceilândia Centro, Ceilândia Sul e Ceilândia Norte (BRASÍLIA, 2011).

5.3 AMOSTRA

Foram entrevistados 10 usuários que frequentavam o Centro de Saúde nº4 de Ceilândia (CSC4) no Distrito Federal.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para participar da pesquisa o entrevistado deveria ser morador da área de abrangência do CSC4; possuir idade superior a 18 anos; independente cor, raça e gênero e deveria aceitar em participar do estudo.

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os indivíduos que não eram moradores da área de abrangência do CSC4; indivíduos que não se encaixaram nos critérios de inclusão e aqueles que não concordaram em participar do estudo.

5.6 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO E COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi através de entrevistas baseada em roteiros semi-estruturados, ou seja, as questões foram previamente formuladas e os participantes puderam falar livremente sobre o tema direito à saúde (SAMPLIERI, 2006). Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento do usuário.

5.7 INSTRUMENTO DE PESQUISA

As entrevistas foram feitas de forma individual com gravação autorizada pelos sujeitos possibilitando que o entrevistado formule a sua concepção sobre a saúde, a sua noção de direito e os meios de exigí-lo. Não se trata apenas de interpretar a noção de “direito à saúde”, mas também conhecimento sobre as formas de promover esse direito. O instrumento de pesquisa constou de dados de caracterização do usuário e das seguintes perguntas relacionadas ao direito à saúde:

- Iniciais do nome; sexo; idade; profissão e escolaridade;
- Conceito de SUS;
- Leis do SUS;
- Conhecimento sobre a frase “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”;
- O que fazem para exigir o direito à saúde;
- Locais que devem ser buscados quando o direito não for atendido;
- O que é conselho de saúde e quem o representa;

A entrevista é considerada uma modalidade de interação entre duas ou mais pessoas. Trata-se de uma conversação dirigida com um propósito definido que não é a satisfação da conversação em si, pois esta última é mantida pelo próprio prazer de estabelecer contato sem ter o objetivo final de trocar informações, ou seja, diminuir as incertezas acerca do que o interlocutor diz (FRASER, 2004 apud HAGUETE, 2001; LODI, 1991).

Segundo Fraser (2004) a entrevista na pesquisa qualitativa, ao privilegiar a fala dos atores sociais, permite atingir um nível de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de discursos, sendo apropriada para investigações cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo. Em outras palavras, a forma específica de conversação que se estabelece em uma entrevista para fins de pesquisa favorece o acesso direto ou indireto às opiniões, às crenças, aos valores e aos significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo circundante.

Segundo Sampieri (2006) a entrevista qualitativa é flexível e aberta, sendo definida como uma conversa entre uma pessoa (entrevistador) e outra pessoa (o entrevistado), podendo também conter mais de duas pessoas (grupo). As entrevistas podem ser divididas em:

- 1-Estruturadas: o informante responde a perguntas previamente formuladas;
- 2-Não-estruturadas: o informante fala livremente sobre o tema;
- 3-Semi-estruturadas: articulam duas modalidades.

5.8 ANÁLISE DOS DADOS

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e autorizadas pelos participantes. Os textos transcritos passaram por correções gramaticais, porém, não foram eliminadas as características pessoais de cada fala. Após transcrever as mesmas foi feita a análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversificados. É dividido em torno de três polos cronológicos: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2009).

- **Pré-análise:** é a fase inicial de organização da pesquisa, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação;
- **Exploração das informações:** consiste nas operações de codificação, decomposição ou enumeração dos dados;
- **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** é a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns.

O primeiro nível para a análise de entrevistas consiste no processo de decifração estrutural centrado em cada entrevista. Esta abordagem procura compreender a partir do interior da fala e realizar interpretações, atitudes e valores de uma pessoa. Trata-se de uma atitude que exige esforço, não excluindo a intuição, na medida em que, é necessário fazer uma abstração de si mesmo e das entrevistas anteriores. Após a decifração de várias respostas, outras perguntas se acrescentarão por comparação. Para tal se faz necessário uma leitura sintagmática (segue um encadeamento) e ao mesmo tempo paradigmática (tem em mente o universo dos possíveis: isto não foi dito, mas podia tê-lo sido) (BARDIN, 2009).

Segundo Bardin (2009) existem diferentes possibilidades analíticas:

- a) Análise temática: o texto pode ser dividido em alguns temas principais;
- b) Características associadas ao tema central: concentrar-se no tema geral de investigação

- e buscar características associadas a esse tema nas entrevistas das pessoas;
- c) Análise sequencial: a entrevista é dividida em sequências. Consiste em enumerar as frases de partida da entrevista; seu desenvolvimento; o aprofundamento do tema; estilo e encerramento;
 - d) Análise das oposições: dois universos opostos;
 - e) Análise de enunciação: uma leitura da “maneira de dizer”, separada da leitura temática, pode completar e aprofundar a análise;
 - f) O esqueleto da entrevista (estrutural e semântico): pode-se simplificar a complexidade da entrevista por uma estrutura base.

Bardin (2009) apresenta seis técnicas de análise de conteúdo: análise categorial (temática), análise de avaliação, análise de enunciação, análise proposicional do discurso, análise da expressão e análise das relações.

No presente trabalho será usada a análise temática onde foi baseada em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes.

5.9 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

No que se refere aos aspectos éticos, à pesquisa seguiu todas as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humano. Foram garantidos aos cidadãos envolvidos na pesquisa todos os direitos citados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde autorizaram por escrito sua participação.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 07 de outubro de 2011, sob o protocolo nº 446/2011, foi dado início ao levantamento dos dados.

VI. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentei o projeto aos prováveis sujeitos da pesquisa com o objetivo de esclarecer qualquer dúvida referente à sua participação, respeitando as normas da resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Os dados só foram coletados com a prévia autorização dos participantes através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, garantindo o anonimato do entrevistado.

Antes de iniciar entrevista a ser gravada, foram preenchidas algumas das características dos usuários:

Quadro 1. Relação dos entrevistados segundo o nº da entrevista, as iniciais do nome, o sexo, a idade, a profissão e a escolaridade, Centro de Saúde nº4 de Ceilândia, 2011.

Entrevistas	Iniciais do nome	Sexo	Idade (anos)	Profissão	Escolaridade
Entrevista 1	C.A.S	F	42	Doméstica	1º grau completo
Entrevista 2	T.M.S	M	28	Vigilante	2º grau completo
Entrevista 3	V.S.C	F	28	Estagiária	Superior incompleto
Entrevista 4	E.A.V	F	33	Caixa	1º grau completo
Entrevista 5	B.A.R.S	F	61	Do lar	1º grau incompleto
Entrevista 6	L.A.M	F	29	Do lar	2º grau completo
Entrevista 7	T.M.B.R	F	43	Do lar	2º grau completo
Entrevista 8	M.H.B.C	F	65	Do lar	Primário
Entrevista 9	F.J.N	M	66	Porteiro	Primário
Entrevista 10	W.G.S	F	43	Corretora de imóveis	Superior incompleto

Neste quadro 1 foi observado que na variável sexo prevaleceu o feminino correspondendo a 8 dos 10 entrevistados. Encontram-se 7 usuários na faixa etária de 28-43 anos, seguida por 3 usuários na faixa etária de 61-66 anos. Dos 10 entrevistados 3 tem nível de escolaridade 2º grau completo, seguido por 2 com 1º grau completo, 2 com Primário, 2 com superior incompleto e 1 com 1º grau incompleto. Na variável profissão, 4 entrevistados informaram

ser “Do lar”, 1 informou ser doméstica, 1 informou ser vigilante, 1 informou ser estagiária, 1 informou ser caixa, 1 informou ser porteiro e 1 informou ser corretora de imóveis.

Após a transcrição das entrevistas foi feita a leitura de todas as respostas dos entrevistados e a delimitação das mesmas, com o objetivo de fazer a categorização das respostas para cada uma das seis questões apresentadas (leitura flutuante).

O último passo da análise de conteúdo foi o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação dos dados e a discussão. A seguir serão discutidos seis temas relacionados ao direito à saúde.

Quadro 2. Categorização dos temas a partir das falas dos sujeitos, no Centro de Saúde nº4 de Ceilândia, 2011.

Temas
-Conceito de SUS no discurso dos usuários
-As leis do SUS nos discursos dos usuários
-Conhecimento e opinião sobre a frase: “Saúde é um direito de todos e dever do Estado”. -O que o usuário faz para exigir o direito à saúde. -Locais que devem ser buscados para fazer valer o seu direito à saúde.
-Conhecimento sobre conselho de saúde e quem os representa.

6.1 CONCEITO DE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO DISCURSO DOS USUÁRIOS

Nos discursos dos entrevistados 1 e 7 eles entendiam que o SUS era um plano de saúde, onde as pessoas que possuíam o “Cartão do SUS” tinham acesso ao sistema público de saúde.

“... É um plano de saúde...” (C.A.S).
 “... SUS é um cartão...” (T.M.B.R).

Cabe assinalar que todo cidadão têm direito à saúde, independente, de possuir o cadastro ou não do SUS.

De acordo com a Lei 8.080/90 o SUS é um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

Conhecer o que pensam os usuários por SUS é fundamental para compreender o que se encontra no imaginário das pessoas, qual o significado de acesso, de direitos, deveres e responsabilidades do sistema (BACKES, 2009).

Segundo o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor-IDEC (2003) o SUS “é o plano de saúde de todos os brasileiros”, pois, o mesmo foi criado há mais de 20 anos para ser o sistema de saúde dos 190 milhões de brasileiros, sem nenhum tipo de discriminação. Cabe assinalar que o SUS não se resume a consultas, exames e internações, o sistema vai além disso, que são os atendimentos de média e alta complexidade, como o atendimento aos doentes de aids e os transplantes (BRASIL, 2003).

O Cartão Nacional de Saúde é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados tais procedimentos. Para tanto, é necessário a construção de cadastros dos usuários, bem como de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação (BRASIL, 2011).

Os usuários 3, 4 e 10 conceituam SUS como um órgão ou entidade do governo que gerencia a saúde no Brasil com o objetivo de ajudar na saúde da população.

“... Sistema que gerencia a saúde no Brasil...” (V.S.C.).
 “... Sistema de saúde do governo...” (E.A.V.).
 “... É uma entidade que ajuda na saúde da população...” (W.G.S.).

O SUS é um sistema porque é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, estados e municípios) e pelo setor privado, com o qual são feitos contratos e convênios para a realização de serviços e ações, numa mesma estrutura. Assim, o serviço privado (um hospital, por exemplo), quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse

público. O SUS é único, porque tem a mesma filosofia de atuação em todo o território nacional e é organizado de acordo com uma mesma lógica (BRASIL, 2003).

Os usuários 5, 8 e 9 relacionaram o SUS como seu próprio funcionamento, identificando o mesmo como algo que produz tratamento, atende a população doente e objetiva alcançar quem precisa de atendimento de saúde.

“... É para quando precisar do hospital...” (B.A.R.S)

“... É pra atender a população doente... Ainda não me serviu...” (M.H.B.C.).

“... É um tratamento de saúde...” (F.J.N.)

A utilização dos serviços prestados pelo SUS deverá garantir através de políticas as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde que possibilitem, também, a participação popular nas decisões e na implementação das ações (BACKES, 2003).

Após 20 anos de criação do SUS é possível perceber que ainda existem usuários que desconhecem o conceito de SUS e o seu funcionamento, este fato é perceptível nos discursos dos entrevistados 2 e 6.

“...SUS? **Dá uma dica** pra mim aí, por favor...” (T.M.S)

“...O que é SUS? O negócio agora pegou... **Não sei...**” (L.A.M)

6.2 AS LEIS DO SUS NOS DISCURSOS DOS USUÁRIOS

Nos discursos dos usuários foi possível perceber que alguns desconhecem a legislação do SUS e os outros têm pouco conhecimento acerca do tema.

“...Não...” (C.A.S.; V.S. C; E.A. V; B.A.R. S; L.A. M; T.M.B. R; F.J.N.).

“...Sim. Não lembro quais...” (T.M. S; M.H.B.C; W.G. S)

Neste estudo pode ser observado que existem usuários que não tiveram acesso à informação necessária sobre as leis que regem o SUS.

Movimento de Reforma Sanitária surgiu nos centros urbanos maiores, e desta forma pouco se socializou nas regiões mais distantes do país, principalmente, na esfera da municipalidade, mas institucionalizou-se sem conseguir consolidar-se (KRUGER, 2000).

As leis são instrumentos de luta e por isso não são só dispositivos formais, mas, cabe a sociedade dominá-las para ampliar a luta na "batalha da saúde" (SPOSATI, 1992).

Conhecer as leis que regem o SUS é importante para buscar as formas de fazer valer o direito do cidadão no dia a dia e toda vez que não forem respeitados tais direitos. Ao

reivindicar o cumprimento da lei, o usuário do serviço busca resolver o seu problema pessoal, e também contribui para a melhoria dos serviços e ações de saúde para toda a comunidade (BRASIL, 2003).

Nossa cultura política caracterizada pelo paternalismo, meritocracia e casuísmo, perde-se na organização do Sistema Único de Saúde, cujo princípios vão desde a descentralização, a igualdade de acesso, a universalidade até a gestão participativa. Entretanto, estes aspectos ainda não foram sentidos igualmente pela população, principalmente pelas camadas populares que só têm a possibilidade de realizar seu direito à saúde nos serviços do sistema público (KRUGER, 2000.)

As leis, a princípio, amparam a participação da população nas políticas de saúde e são, a princípio, defensoras dos direitos sociais dos sujeitos. Todavia, temos um novo problema, que é o de fazer com que as leis deixem de ser apenas instrumentos formais de luta, passando à aplicação de fato das mesmas. Esta conjuntura supõe uma nova instrumentação das lutas democráticas e populares, no sentido de se prepararem para a aplicação da lei e a busca da divulgação para o desenvolvimento da cidadania (SPOSATI, 1992).

6.3 CONHECIMENTO E OPINIÃO SOBRE A FRASE: “SAÚDE É UM DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO”.

Nos discursos dos usuários foi observado que através da sua convivência com os serviços de saúde e suas relações os entrevistados incorporaram os preceitos legais de cidadania, ou seja, eles sabem que a saúde é um direito, porém dizem não encontrarem estes direitos em suas realidades.

“...É um dever do Estado... A saúde é pra todos...”(B.A.R.S).

“...É um direito, mas nem todas as pessoas usufruem...” (L.A.M)

“...A saúde em primeiro lugar...” (F.J.N).

“...A saúde é um bem de todos e o Estado deve prestar essa contribuição...” (W.G.S).

Embora não haja a menção direta à Constituição Federal como órgão legitimador, na conformação jurídico-administrativa de nosso país, esse direito surge como Lei a ser cumprida, cujo grande beneficiário é o próprio usuário, muitas vezes ainda não esclarecido desta condição (SILVA, 2008).

Essa concepção elaborada resulta em representações que ganham uma conotação de direito social, muito ligada ainda à oferta de serviços de saúde, mas já adquirindo contorno que vão além deste sentido único, interligando-se a dignidade humana, legitimando-se como estrutura de um estado democrático de direito (AIMBERE, 2006 apud SILVA, 2008).

Nos discursos a seguir foi possível realizar um contrassenso entre o direito legalmente garantido e o cumprimento desse direito.

“...É um direito, mas não é como deveria ser...” (C.A.S).

“...Falta estrutura no sistema... O Estado deve oferecer saúde diferente da atual...” (V.S. C)

“...Essa frase é pouco usada...” (E.A. V).

“...A saúde não está lá essas coisas...” (T.M.B.R).

“...A lei existe, mas não é cumprida...” (M.H.B.C).

Nos discursos acima o direito à saúde surge de forma controversa, pois ao mesmo tempo em que é um direito de todos, acaba prevalecendo o olhar pessimista do não cumprimento desse direito. Isto fica claro, por exemplo, no discurso do entrevistado 1 – “*É um direito, mas não é como deveria ser*”.

A consolidação do SUS, como um sistema de atenção e cuidados em saúde, não é suficiente para a efetivação do direito da população à saúde. São claras as evidências que apontam para os limites da atuação de um sistema de assistência pública para a comunidade. A conquista da saúde precisa estar articulada à ação sistemática e intersetorial do Estado sobre os determinantes sociais de saúde, ou seja, o conjunto dos fatores de ordem econômico-social e cultural que exercem influência direta ou indireta sobre as condições de saúde da população (BRASIL, 2007).

Cabe assinalar no discurso do entrevistado 2 que o mesmo já ouviu falar de direito à saúde, porém não consegue argumentar/explicar a frase proposta. Isso pode estar relacionado à desinformação do usuário ou pela inexistência na prática pelo teor da frase referida abaixo.

“...Sim. Não sei explicar...” (T.M.S).

A maioria dos discursos vistos de uma forma geral mostrou que os sujeitos afirmaram que ter direito à saúde não foi o suficiente para que os mesmos tivessem acesso aos serviços de saúde e que de fato isso ocorresse de forma resolutiva.

Há também uma mistura de insatisfação do usuário, inoperância do sistema de saúde e a dificuldade de acesso a estes serviços.

Para Backes (2003) não basta garantir o acesso e/ou o direito ao sistema público de saúde. É preciso criar uma consciência política nos usuários para que não se tornem meros receptores ou interlocutores das propostas governamentais. É preciso que todos os atores sociais estejam engajados e comprometidos, por meio de seus direitos e deveres, na luta pela transformação da sociedade.

6.4 O QUE O USUÁRIO FAZ PARA EXIGIR O DIREITO À SAÚDE.

Nos discursos dos entrevistados 2, 4, 5 e 7 houve um desconhecimento aparente quanto à atitude a tomar para melhorar a situação do setor saúde. Assim, acabam optando por não reclamar ou desistirem de exigir seus direitos por impaciência com a demora do retorno ou procurando outros serviços para atender suas necessidades, por exemplo, os hospitais particulares.

“...Nada...” (T.M. S).

“...Não corro atrás... Sou impaciente...” (E.A.V.).

“...Tenho que reclamar...” (B.A.R.S).

“...Faço tudo particular...”(T.M.B.R).

O direito social de ter garantida a condição de saúde de uma população supõe o próprio movimento dessa população em conseguir o reconhecimento e a efetivação desse direito (SPOSATI, 1992).

Esta afirmação contém, em si, uma perversidade, uma vez que exige do sujeito/usuário e, portanto detentor da necessidade, um duplo ônus, um deles o de possuir a necessidade, e o outro de gastar um sobre-esforço em criar a solução para atendê-la (SPOSATI, 1992).

A percepção da não existência do direito à saúde, ou de sua existência, o não cumprimento da legislação pelas instancias gestoras competentes, conduzem a situações distintas no comportamento da comunidade frente ao desafio de garantir a saúde no SUS. Uma delas abarca a passividade nas ações comunitárias quer pelo sentimento de satisfação com relação ao sistema de saúde local, quer por um sentimento de insatisfação, mágoa e raiva, mas sustentado por não saberem que atitudes deverão tomar, talvez por 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 (SILVA, 2008).

Os usuários 1, 3, 6 e 10 acreditam que a presença constante na unidade de saúde ou em hospitais, obrigatoriamente, lhes devolveria a saúde perdida através do direito não cumprido, sendo atendido ou não no serviço. Sendo assim, frequentando os serviços de saúde o seu direito estaria sendo exigido. Veja os discursos a seguir:

“...Vou para a fila dos hospitais públicos...” (C.A.S).
 “...Procuro o posto de saúde...” (V.S.C).
 “...Vindo ao médico...” (L.A.M).
 “...Quando vou me consultar tenho direito...” (W.G.S).

O "usuário/consumidor" é, ao mesmo tempo, um sujeito/democrático virtual na construção da política de saúde, e não um carente a ser atendido por uma instituição transformada em "ofertante de serviços", negadora, em sua prática, dos direitos dos cidadãos (SPOSATI, 1992).

Os usuários 8 e 9 referiram em seus discursos dois locais que podem ser buscados para exigirem que a lei seja cumprida:

“...Procuro a ouvidoria...” (M.H.B.C).
 “...Procurar o Ministério da Saúde...” (F.J.N).

Diante da insatisfação quanto ao atendimento e aos serviços prestados, reclamações e denúncias de violações dos direitos enquanto usuários do SUS poderiam ser procurados locais como, por exemplo: o Ministério da Saúde e a Ouvidoria (BRASIL, 2003).

Vários hospitais, serviços e órgãos públicos de saúde mantêm ouvidoria, cuja função é a de ouvir os usuários, apurando as denúncias e apresentando soluções em relação ao problema levantado. A ouvidoria recebe e analisa as reclamações e as sugestões dos usuários, encaminhando o problema aos setores competentes. Acompanha também as providências adotadas, cobra soluções e mantém o usuário informado (BRASIL, 2003).

O Ministério da Saúde mantém o Disque Saúde que funciona 24 horas, com ligação gratuita ao usuário do SUS. Além de orientações sobre prevenção e tratamento de doenças, é possível obter informações sobre telefones 0800 municipais, sobre onde fazer denúncias relacionadas a medicamentos falsos e reclamações sobre serviços prestados na rede pública (BRASIL, 2003).

A seguir serão tratados todos os locais que devem ser buscados pelos usuários do SUS para fazer valer o direito à saúde.

6.5 LOCAIS QUE DEVEM SER BUSCADOS PARA FAZER VALER O SEU DIREITO À SAÚDE.

Foi percebido nos discursos dos entrevistados 1, 4, 5 e 10 que os usuários do SUS têm desconhecimento e desinformação relacionada às formas e locais de exigir o direito à saúde:

“...Não sei...” (C.A.S).

“...Não sei...” (E.A.V).

“...Não sei...”(L.A.M).

“...O INSS... Procuro o Hospital?...” (W.G.S).

Se os usuários do SUS não conhecem esses meios de participação para exigirem seus direitos à saúde, como então exigí-los? A informação é de fundamental importância para que o usuário do SUS conheça de fato estes locais, e a forma de fazer valer seus direitos.

Os principais órgãos para a solução das situações indesejadas que o cidadão possa procurar são os Conselhos de Saúde; a Ouvidoria; o Ministério Público; o PROCON; e o Poder Judiciário: Mandado de injunção, *habeas corpus* e *habeas data* (BRASIL, 2003).

Se os usuários não têm conhecimento sobre a legislação para buscar seus direitos, por exemplo, é porque historicamente não tiveram acesso e também esse tema não foi socializado. Parece que existem obstáculos que inviabilizam este conhecimento da sociedade quanto aos seus direitos e, quando são demonstrados, alguns valores envolvem - prestações de contas - situavam-se no terreno do desconhecido e do inatingível, com uma linguagem específica dessa área do conhecimento. Observou-se também que esse saber não é de total domínio da maioria das áreas técnicas e dos profissionais de saúde em nível geral, muito menos da sociedade como um todo (KRUGER, 2000).

A comunicação e a informação são entendidas como variáveis que podem interferir nas relações sociais e contribuir para viabilizar os esforços de uma política pública para a saúde, na perspectiva da participação popular. Nesse contexto, a comunicação e a informação são respostas funcionais aos problemas de implementação e funcionamento do sistema de saúde, perspectiva esta que irá incidir também nas variáveis da participação popular (OLIVEIRA, 2004).

Os entrevistados 2, 3, 5 e 7 citaram como locais os próprios serviços de saúde, ou seja, as chefias, a direção e os secretários de saúde. Esses discursos podem ser justificados pela

proximidade destes locais com os usuários, facilitando a comunicação e resolutividade dos seus problemas junto a unidade de saúde.

“...Postos de saúde e Hospitais...” (T.M.S).
 “...Defensoria Pública, secretaria de saúde...” (V.S.C).
 “...Procuo as secretarias-secretário de saúde...” (B.A.R.S)
 “...Vou à direção...” (T.M.B.R).
 “...Procurar o Ministério da Saúde...” (F.J.N).

No caso de reclamações sobre a falta e o despreparo de profissionais, o mau atendimento, o descumprimento de horários, as filas de espera, a demora, a desorganização do serviço, a falta de aparelhos, os equipamentos, os medicamentos e os insumos podem ser procurados o diretor do setor, o chefe do serviço e o Secretário de Saúde (BRASIL, 2003).

Ainda no discurso do entrevistado 3 foi citado também a Defensoria Pública. Neste sentido, a defensoria pode ser utilizada quando o cidadão tiver alguma dúvida ou a intenção de promover uma ação pública contra o setor saúde neste fórum. Neste caso, o usuário moverá uma ação judiciária contra o serviço ou o próprio Estado (BRASIL, 2003).

6.6 CONHECIMENTO SOBRE CONSELHO DE SAÚDE E QUEM OS REPRESENTA

Foram destacados pelos usuários o desinteresse ou o desconhecimento da existência de processos de participação comunitária. A seguir exemplos das falas desses usuários acerca desse assunto:

“...Não. Não sei quem me representa...” (C.A.S; T.M.S; V.S.C; E.A.V; B.A.R.S; L.A.M; T.M.B.R; M.H.B.C;

Neste contexto, o que se vislumbra é se os usuários não sabem o que é um Conselho de Saúde, desconhecem sua função e, provavelmente, não sabem quem os representa. Assim a participação da comunidade nas decisões sobre a saúde individual e do conjunto da comunidade encontra-se prejudicada, já que suas reclamações e sugestões não estão sendo levadas em consideração pelo Conselho de Saúde local. Da mesma forma, não está claro a forma de discutir os problemas de saúde junto a este Conselho.

Segundo a legislação em vigor, as decisões emanadas desses órgãos devem tratar da formulação de estratégias e do controle da execução das políticas de saúde propostas, com pleno acesso desse Conselho aos aspectos econômico-financeiros voltados para o setor. Também é possível propor critérios para a programação, a execução, o acompanhamento, a avaliação e, também, a elaboração e a aprovação do plano de saúde, bem como o estabelecimento de estratégias para a sua execução (SILVA, 2007).

A informação é um elemento fundamental para a gestão e o controle social do SUS (ASSIS, 2003), daí a importância da comunidade se envolver no conhecimento da legislação e nos fóruns de discussão acerca desse problema.

A tomada da responsabilidade de organizar e dirigir sua vida em sociedade revela-se no artigo que inaugura a Constituição: é ao povo que pertence todo o poder. É ele quem deve exercitá-lo. Para tanto, pode ou eleger representantes ou agir em nome próprio (SPOSATI, 1992).

Neste sentido, a sociedade deve manter uma relação mais constante entre os integrantes dos conselhos de saúde e de seus representados com o objetivo de aumentar a representatividade e a resolutividade dos problemas do setor saúde (SILVA, 2007).

O usuário 9 define conselho como uma “coisa” que vem do Ministério da Saúde, não sabendo sua função e quem o representa.

- É uma coisa quem vem do Ministério da Saúde. Não sei quem me representa (F.J.N).

O usuário 10 define conselho de saúde da seguinte forma:

- É um grupo que faz reuniões para discutir sobre o bem estar da população... Não sei quem representa (W.G.S).

A Lei nº 8.142/1990 explicita a composição dos Conselhos de Saúde e, garante a representação dos seguintes segmentos dentro do Conselho, entre eles o governo, os prestadores de serviços, os profissionais de saúde (50%) e os usuários (50%).

O controle e a participação social são entendidos como um espaço de representação da sociedade, onde se articulam diferentes sujeitos, com seus diversos olhares, e incluem: movimentos populares, entidades de classe, sindicatos, governo, entidades jurídicas, prestadores de serviços, entre outros, e, uma população com suas necessidades e interesses (ASSIS, 2003).

Sendo assim, os Conselhos de Saúde podem ser um dos instrumentos privilegiados para fazer valer os seus direitos, rompendo com as tradicionais formas de gestão, e, possibilitando a ampliação dos espaços de decisões/ações do poder público. Bem como, este fórum permite impulsionar a constituição de esferas públicas democráticas, potenciais capacitadores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos e de interlocução ético-política com o Estado (KRUGER, 2000).

VII. CONCLUSÃO

Com este estudo foi possível discutir o conhecimento do usuário sobre direito à saúde e o controle social dentro do Sistema Único de Saúde.

Quando questionados sobre o conceito de Sistema Único de Saúde, os usuários participantes deste estudo associaram esse significado ao próprio funcionamento do sistema público de saúde e como o sistema de saúde do governo, indicando que alguns princípios do SUS são percebidos no cotidiano quando utilizam os serviços de saúde. Foi possível analisar também que, apesar do SUS ter sido criado há mais de duas décadas, ainda existem usuários que desconhecem essa conceituação e o seu funcionamento.

Em relação às leis do SUS prevaleceu o desconhecimento sobre tais legislações, levando-nos a concluir que a busca das formas de reivindicar o cumprimento da lei pelo usuário do serviço encontra-se prejudicada, já que os mesmos não conhecem estes fundamentos e, portanto os seus direitos. Esta situação leva o cidadão à fragilidade, uma vez que, deixa de contribuir para a melhoria dos serviços e ações de saúde para toda a comunidade. Os usuários, de fato, não são obrigados a conhecer a totalidade das leis, porém um conhecimento maior mesmo que parcial faria a diferença, enquanto empoderamento do sujeito. Conhecer seus direitos, conhecer as formas de reivindicá-lo e fazer com que os direitos saiam da teoria, é um dos ideários e pilares do SUS.

A percepção da saúde como direito de todos e dever do Estado foi clara nos discursos da maioria dos entrevistados. Porém, os usuários enxergam esse direito de forma paradoxal do que eles vivenciam no cotidiano dos serviços de saúde, pois ao mesmo tempo em que é um direito de todos na teoria, na prática eles não acreditam nestes benefícios. Por conseguinte, há uma insatisfação e a sensação de impotência na resolução dos seus problemas, caracterizando negativamente o Sistema Único de Saúde.

Para exigirem que o direito seja cumprido, alguns dos usuários citaram o próprio serviço de saúde, acreditando que a sua presença constante nestes serviços já era uma forma de fazer valer o seu direito. Outros demonstraram indiferença ao funcionamento do Sistema Único de Saúde, não tomando nenhuma atitude relacionada à reivindicação. A minoria dos entrevistados citou dois locais os quais podem ser acionados caso seus direitos a saúde não sejam atendidos, são eles: a Ouvidoria e o Ministério da Saúde.

Em relação ao Conselho de Saúde e seus representantes a maioria dos entrevistados desconheciam a existência deste fórum, a forma de funcionamento e aqueles que os representam. Assim, foi observada a falta informação, de incentivo a participação social no SUS e o conhecimento sobre o funcionamento e acessibilidade a esta instância, uma vez que, a mesma foi criada com o objetivo de fazer valer os direitos à saúde e de forma igualitária. Neste sentido, a população tem direito de participar na formulação de estratégias e do controle da execução das políticas de saúde, sendo o Conselho de Saúde um desses fóruns.

As representações dos usuários desta pesquisa evidenciam que existem pessoas que desconhecem as leis orgânicas do SUS que lhes garantem direito universal à saúde, havendo duas situações: o direito na teoria e o direito que eles vivenciam no cotidiano dos serviços de saúde.

Assim, recomenda-se que a equipe do Centro de Saúde n°4 invista na divulgação do direito à saúde e a sua legislação, as formas de exigi-lo na esfera pública e as instâncias de participação da comunidade na gestão do SUS. Esta divulgação pode ser feita através de banners, cartazes ou até mesmo através do profissional de saúde atuando como informante para os usuários dos serviços de saúde.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, Ricardo José Soares and MARTINS JUNIOR, Tomaz. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil**. Rev Panam Salud Publica [online]. 2000, vol.8, n.1-2, pp. 85-91. ISSN 1020-4989.

ARANTES, Cássia Irene Spinelli, Camila Campos Mesquita, Maria Lúcia Teixeira Machado, Márcia Niituma Ogata. **O controle social no sistema único de saúde. Concepções e ações de enfermeiras da Atenção Básica**. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 470-8.

ASSIS, Marluce Maria Araújo y VILLA, Tereza Cristina Scatena. **O controle social e a democratização da informação: um processo em construção**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2003, vol. 11, no. 3, pp. 376-382. ISSN 0104-1169.

BACKES, Dirce Stein et al. **O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 903-910. ISSN 1413-8123.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Ed. Ver. Atual. Lisboa: Edições 70, 2009.

BICALHO, MS. **Conselheiros de saúde construindo o controle social do SUS**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 10, n. 14, p. 149-154, dez. 2003

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>
Acesso em 03 jun 2011

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em:
<<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/l8080.htm>>
Acesso em: 06 jun 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização-humaniza SUS**. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf>
Acesso em: 18 jun 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004. Disponível em:
<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>
Acesso em: 18 jun 2011

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caminhos do direito em saúde no Brasil**, 2007. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Caminhos_do_Direitos_em_Saude_no_Brasil.pdf>

Acesso em: 27 abril. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342>

Acesso em: 24 jun 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Participação e Controle Social**. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1036>

Acesso em: 18 jun 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>

Acesso em: 06 jun 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041>

Acesso em 03 jun 2011

BRASIL. **Decreto Nº 4.726, de 9 de junho de 2003**. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4726.htm>

Acesso em: 02 jun 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 333 de 4 de novembro de 2003**. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf>

Acesso em: 02 jun 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, 2006**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf>

Acesso em 07 jun 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é o Cartão Nacional de Saúde?** Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37601> Acesso em: 21 out 2011.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor**. O SUS pode ser seu melhor plano de saúde / Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. – 2. ed., 3ª reimpr. – Brasília: IDEC, 2003

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em:

<<http://www.conass.org.br/arquivos/file/legislacaodosus.pdf>>

Acesso em: 21 out 2011.

BRASÍLIA (Distrito Federal). Governo do Distrito Federal: Administração Regional de Ceilândia. **Conheça Ceilândia Região Administrativa IX**. Disponível em:

<<http://www.ceilandia.df.gov.br/>>

Acesso em: 28 abr 2011

BRASÍLIA (Distrito Federal). Secretaria de Estado de Saúde. **Centros de Saúde de Ceilândia-DF**. Disponível em:

<http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=8107>

Acesso em: 28 abr 2011

COHN, Amélia. **Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003, v. 8, n. 1, pp. 09-18. ISSN 1413-8123.

CORREA, F.R. OAB/SC 29.589. **O direito fundamental a saúde na via judicial**. Ordem dos Advogados do Brasil - Santa Catarina, 2011. Disponível em: <<http://www.oab-sc.org.br/institucional/artigos/29589-1.htm>>

Acesso em: 21 jul 2011

CREVATIN, A. **Direito à Saúde**. Instituto Abrace, 2008. Disponível em:

<<http://www.institutoabrace.org.br/voce-sabia/direito-a-saude/>>

Acesso em: 21 jul 2011.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **A justiça, o direito e os bancos de dados epidemiológicos**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.3, pp. 633-641. ISSN 1413-8123.

DALLARI, Sueli Gandolfi et al. **O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1996, v. 12, n. 4, pp. 531-540. ISSN 0102-311X.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **O direito à saúde**. *Rev. Saúde Pública*, Fev 1988, vol.22, no.1, p.57-63. ISSN 0034-8910

DALLARI SG, FORTES PAC. **Direito sanitário: inovação teórica e novo campo de trabalho**. In: Fleury S, organizador. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Editora Lemos; 1997. p. 187-202.

DUARTE, Rosália. **Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo**. *Cad. Pesqui.* [online]. 2002, n.115, pp. 139-154. ISSN 0100-1574.

FALEIROS, V.P.; SILVA, J.F.S; VASCONCELLOS, L.C.F; SILVEIRA, R.M.G. **Construção do SUS; Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília. Ministério da Saúde. 2006. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf>

Acesso em: 17 jun 2011.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta and VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante**. *Dados* [online]. 2009, vol.52, n.1, pp. 223-251. ISSN 0011-5258.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde**. *Saúde soc.* [online]. 2004, vol.13, n.3, pp. 30-35. ISSN 0104-1290.

FRASER, Márcia Tourinho Dantas and GONDIM, Sônia Maria Guedes. **Da fala do outro ao**

texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia (Ribeirão Preto)* [online]. 2004, vol.14, n.28, pp. 139-152. ISSN 0103-863X.

HEMMI, Ana Paula Azevedo. **Representações sociais de usuários sobre o Programa Saúde da Família.** Belo Horizonte: s.n, 2008. 96 p. ilus, graf. -Universidade Federal de Minas Gerais.

JÚNIOR, A.P; JÚNIOR, L.C. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil.** Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, dez 2006.

KRUGER, T.R. **O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de saúde.** Planejamento Políticas Públicas. Dez, 2000.

LABRA, Maria Eliana and FIGUEIREDO, Jorge St. Aubyn de. **Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2002, v. 7, n. 3, pp. 537-547. ISSN 1413-8123.

LUCCHESI, P.T.R. **Políticas Públicas em saúde Pública.** São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MEZZOMO, M. C. **O direito à saúde em juízo.** Jus Navigandi, Teresina, ano 11, n. 944, 2 fev. 2006. Disponível em:

<<http://jus.uol.com.br/revista/texto/7894/o-direito-a-saude-em-juizo>>

Acesso em: 21 jul 2011.

MINAYO, Maria C. de S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 17.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Os 20 anos do SUS e os avanços na vigilância e na proteção à saúde.** *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2008, vol.17, n.4, pp. 245-246. ISSN 1679-4974.

MORAES, R. **Análise de conteúdo.** *Educação*, Porto Alegre, v. 22, n.37, p. 7-32, mar. 1999.

NERI, M, Soares, W. **Desigualdade Social e Saúde no Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Suplemento): 77-87, 2002.

NEVES, J. L. **Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades.** *Cadernos de Pesquisas em Administração*, v. 1, n.3, 2º sem., 1996.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro and PIRES, Denise Elvira Pires de. **Direito à saúde: um convite à reflexão.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, v. 20, n. 3, pp. 753-760. ISSN 0102-311X.

NUNES, Everardo Duarte. **Sobre a história da saúde pública: idéias e autores.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.2, pp. 251-264. ISSN 1413-8123.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. **Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde.** *Saude soc.* [online]. 2004, vol.13, n.2, pp. 56-69. ISSN 0104-1290.

PEDRON, Ademar João. **Metodologia Científica**: auxiliar do estudo, da leitura e da pesquisa. 6. ed. Brasília: edição do autor, 2007.

PIOVESAN, Armando and TEMPORINI, Edméa Rita. **Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1995, v. 29, n. 4, pp. 318-325. ISSN 0034-8910.

POLIGNANO, M.V. **História das Políticas de Saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Cadernos do internato rural-Faculdade de Medicina, 2001. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>> Acesso em: 16 jun 2011.

PUCCINI, Paulo de Tarso e CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **A humanização dos serviços e o direito à saúde**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, n.5, pp. 1342-1353. ISSN 0102-311X.

REIS, Antônio Carlos Tadeu Borges dos. **A defesa do consumidor em juízo**. Jus Navigandi, Teresina, ano 8, n. 134, 17 nov. 2003. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/4489>>. Acesso em: 21 jul 2011.

SAMPIERI, R.H. COLLADO, C.F. LUCIO, P.B. **O processo de pesquisa e os enfoques quantitativos e qualitativos rumo a um modelo integral**. In: Metodologia de pesquisa. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTOS, L.R; EIDT, O.R. **Os direitos do cidadão usuário do Sistema Único de Saúde: um enfoque da Bioética na Saúde Coletiva**. *Acta Paul.Enf.* São Paulo, v.17, n.3, p.347-53, 2004.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 429-435. ISSN 1413-8123.

SCHIMITH, Maria Denise and LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, v. 20, n. 6, pp. 1487-1494. ISSN 0102-311X.

SILVA, S.R. **Representação Social dos Princípios do Sistema Único de Saúde pelos seus Usuários**. Rio de Janeiro: 2007. 94 p. Universidade do Estado do Rio de Janeiro- Centro Biomédico- Faculdade de Enfermagem.

SILVA, Marcos Alex Mendes da. **O direito à saúde: representações de usuários de uma unidade básica de saúde**. Juiz de Fora: 2008. 106 p. Universidade Federal de Juiz de Fora; Faculdade de Medicina-Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

SILVA, B.M.D. **Ouvidoria pública como instrumento de controle das ações da Secretaria de Saúde do Pará**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte-Universidade Federal do Pará- Programa de pós-graduação em administração-mestrado interinstitucional em administração. Natal, 2010.

SILVA, Alessandra Ximenes da; CRUZ, Eliane Aparecida e MELO Verbena. **A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.3, pp. 683-688. ISSN 1413-8123.

SOLLA, J. J. S. P. **Acolhimento no sistema municipal de saúde.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, Recife, 5 (4): 493-503, out. / dez., 2005.

SPIRI, WC; HW Berti, MLD Pereira. **Os princípios bioéticos e os direitos dos usuários dos serviços de saúde.** O mundo da Saúde, São Paulo, ano 30 v. 30 n.3 jul./set. 2006.

SPOSATI, Aldaíza and LOBO, Elza. **Controle social e políticas de saúde"Controle Social e Políticas de Saúde".** Cad. Saúde Pública [online]. 1992, vol.8, n.4, pp. 366-378. ISSN 0102-311X

TEDARDI, M. S.; TEDARDI. M. B. P. V. **Conhecendo o Processo Administrativo e Competência do PROCON.** Revista Facnopar, vol.2, 2010. Disponível em: <<http://facnopar.com.br/revista/2010/CONHECENDOOPROCESSOADMINISTRATIVODECOMPETENCIADOPROCON.pdf>>

Acesso em: 21 jul 2011

TEMPORÃO, J.G. **SUS COMPLETA 20 ANOS COM NOVOS DESAFIOS: Entrevista concedida pelo Ministro da Saúde José Gomes Temporão à Agência Saúde.** Rev. Saúde públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008

TRAVERSO-YEPEZ, Martha and MORAIS, Normanda Araújo de. **Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento.** Cad. Saúde Pública [online]. 2004, v. 20, n. 1, pp. 80-88. ISSN 0102-311X.

VAITSMAN, Jeni; MOREIRA, Rasga and COSTA, Nilson do Rosário. **Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: "um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)".** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 899-901. ISSN 1413-8123.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde.** Physis [online]. 2004, vol.14, n.1, pp. 67-83. ISSN 0103-7331.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS.** Rev. Saúde Pública [online]. 2008, vol.42, n.2, pp. 365-369. Epub Feb 29, 2008. ISSN 0034-8910.

ZANELLI, José Carlos. **Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas.** *Estud. psicol. (Natal)* [online]. 2002, vol.7, n.spe, pp. 79-88. ISSN 1413-294X.

IX. APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto: “Conhecimento dos usuários acerca dos seus direitos no Sistema Único de Saúde do Distrito Federal-Ceilândia 2011”.

O objetivo desta pesquisa é: “Levantar o conhecimento dos usuários acerca dos seus direitos à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) do Distrito Federal”.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação será através de uma entrevista, que será gravada sem a sua identificação. O (a) senhor (a) deverá responder no Centro de Saúde nº4 na cidade de Ceilândia-DF na data combinada com um tempo estimado para sua realização: aproximadamente 30 minutos . Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder a entrevista. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-la. Informamos que o (a) Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade Católica de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Dra. Maria do Socorro Nantua Evangelista, na instituição Universidade Católica de Brasília telefone: (61) 33569225 das 14 às 17 h ou para a acadêmica de Enfermagem: Joseane de Souza Ribeiro nos Telefones (61)36281439/85199377 em qualquer horário.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____

X. APÊNDICE B

Universidade Católica de Brasília

Curso: Enfermagem

Título da Pesquisa: Conhecimento dos usuários acerca dos seus direitos no Sistema Único de Saúde do Distrito Federal-Ceilândia 2011

Autor: Joseane de Souza Ribeiro

Orientador: Maria do Socorro Nantua Evangelista

Roteiro de Entrevista

Dados de Identificação:

01- Iniciais do nome:

02- Sexo F () M ()

03- Idade:

04- Profissão:

05- Escolaridade:

Percepção e controle social do SUS

06- Você reside na área de abrangência do CSC4?

Sim () Não ()

08- O que é SUS para você?

09- Você já ouviu falar das leis do SUS? Em campo positivo: quais?

Sim () Não ()

10- A saúde é um direito de todos e dever do Estado. O que você acha dessa afirmação?

10- O que você faz para exigir seu direito à saúde?

11- Quais os locais que deve ser buscado para valer seus direitos à saúde?

12- Você sabe o que é um conselho de saúde? Sabe quem o representa neste conselho?