

Antônio Carlos Pacheco Filho¹
Cléa Adas Saliba Garbin²

**The health and its right
in the user's view**

| A saúde e seu direito sob o olhar do usuário

ABSTRACT | *Introduction: The health on its large conception and not only like a sicken process, is an indispensable benefit to the human life. The valid Brazilian Constitution has a session destined just for the health, a conquest for society. Objective: The aim of this research was to know the perception of Single Health System users about health e their rights in this field. Methodology: Descriptive research with qualitative approach. The data collect was realized by interviews, using a script, specially elaborated for this study, contemplating questions referent to the theme. The qualitative analysis was chosen because this analysis type is sensible to understand the answers obtained through interviews with the research subjects from a Primary Care Unit. Results: The subjects have a fragmented vision about health, in the other words, with a focus in assistance and cure. Health was identified by them only in relation with health services and sick process. Many users are unaware that health is a right of every citizen in Brazil. Conclusion: The health rights in Brazil were given to society and should be closer to the population.*

Keywords | *Right to health; Single health system; Constitution*

RESUMO | *Introdução: A saúde, em sua concepção ampliada e não apenas como um processo de adoecimento, é um bem indispensável à vida do ser humano. A Constituição vigente possui uma seção destinada somente a ela, uma conquista para a sociedade. Objetivo: Conhecer a percepção sobre o conceito saúde e o direito à saúde de usuários do Sistema Único de Saúde. Metodologia: A pesquisa é descritiva com abordagem qualitativa. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas, utilizando um roteiro especialmente elaborado para o estudo, contemplando questões referentes ao tema. A análise qualitativa foi a eleita por cuidar com preciosismo das falas transcritas. Os sujeitos da pesquisa foram usuários de uma Unidade Básica de Saúde. Resultados: A visão da saúde, por parte dos usuários, está fragmentada, ou seja, há um enfoque assistencialista e curativista, em que a saúde foi identificada com os serviços de saúde e processos de adoecimento. Muitos usuários não sabem que a saúde é um direito de todo cidadão. Conclusão: Os direitos são postos à sociedade para serem sentidos e não para ficar a uma distância em que não seja possível a sociedade ao menos reconhecê-los.*

Palavras-chave | *Direito à saúde; Sistema Único de Saúde; Constituição.*

¹Mestre em Odontologia Preventiva e Social pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP.

²Professora adjunta do programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social.

INTRODUÇÃO |

Por muitas décadas, a saúde ficou relegada a interesses corporativos, mercantilistas e, assim, grande parte da população brasileira sofreu os desmandos políticos que dominavam a área da saúde. A Constituição de 1988⁶, considerada uma das maiores conquistas no campo das políticas sociais, em especial a Lei Orgânica da Saúde, trouxe um alento aos problemas e a partir disso passou-se a valorizar o interesse social, coletivo em detrimento dos interesses individualistas.

O art.196 da Constituição vigente⁶ dispõe que “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado”. De acordo com o referido artigo, a saúde é um direito de todos, isto é, inserida nos limites constitucionais e, portanto, abrange todo o território nacional, bem como é dever do Estado brasileiro garanti-la mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos.

Confere, ainda, a liberdade aos cidadãos de usufruírem do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O art. 196 permite a compreensão de que o Estado deve adotar políticas públicas que favoreçam (induzam) o desenvolvimento econômico e social, reduzam a desigualdade, eliminem os fatores que negativamente afetam a saúde da população, como a baixa renda, a falta de escolaridade, a pobreza, o desemprego, a fome e outros determinantes e condicionantes de uma má qualidade de vida, que certamente influenciarão nas condições de saúde da população, aumentando, provavelmente, o risco de adoecer. Portanto, a saúde é tomada num processo complexo envolvendo múltiplos fatores que podem favorecer ou impedir um estado saudável⁴.

Saúde não tem apenas significado orgânico (equilíbrio), mas resulta da qualidade de vida de um povo, das políticas adotadas pelo Estado, não podendo somente o setor saúde ser responsabilizado pelas condições de saúde da população²⁰.

O direito à saúde é primordial e insubstituível, porém é premente a necessidade de homens que lutem por uma situação melhor. Ao encontro desses fatos relacionados, e com o propósito de contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde, o presente trabalho teve como objetivo conhecer a percepção sobre o conceito saúde e o direito à saúde de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

METODOLOGIA |

A pesquisa, caracterizada como um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, São Paulo, Brasil (Processo FOA nº 1.644/2003).

Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos. Aqueles que consentiram em participar tiveram suas identidades resguardadas. A escolha do campo de pesquisa foi uma Unidade Básica de Saúde, porque esse local concentra, em determinado período do dia, muitos usuários. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados por entrevista, seguindo um roteiro semiestruturado com perguntas abertas, especialmente elaboradas para a pesquisa. A entrevista abordou os seguintes questionamentos:

- a) O que você entende por saúde? Você tem saúde?
- b) Em sua opinião, o Estado tem o dever de dar saúde à população? Existe alguma Lei que obrigue o Estado a isso?
- c) Se você, por exemplo, não for atendido em uma Unidade Básica de Saúde, ou se faltar algum remédio em uma farmácia popular, existe algum lugar que você possa reclamar? Para você, reclamar adianta?

Para validar o instrumento utilizado e calibrar o pesquisador, foi realizado um estudo piloto. Os usuários tiveram liberdade para responder e, em nenhum momento, foram coagidos. Foram entrevistadas 104 pessoas, das quais 100 responderam por completo.

Depois de coletadas as entrevistas, com auxílio de um gravador, transcreveram-se todas as falas, com todos os sinais, pontuações, sentimentos percebidos pelos sujeitos da pesquisa para que fosse possível separar as perguntas e fosse realizada a análise.

A análise de conteúdo é a expressão mais utilizada para tratar dados numa pesquisa qualitativa e pode ser entendida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que visa à descrição dos conteúdos, a qual permite inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção. Dentro da análise de conteúdo, optou-se por utilizar a técnica de análise de categorias, proposta por Bardin². As categorias foram formadas a partir das respostas dos sujeitos da pesquisa às questões propostas, ou seja, as respostas que possuíam o mesmo sentido foram

agrupadas na mesma categoria, mesmo que fossem ditas de maneira diferente².

RESULTADOS E DISCUSSÃO |

A Constituição de 1988⁷, pela primeira vez na história brasileira, elevou a saúde à condição de direito fundamental. Isso revela a preocupação de se constitucionalizar a saúde, vinculando-a à seguridade social, pois os constituintes compreenderam que a vida humana é o bem supremo que merece amparo na Lei Maior¹¹. O direito à vida consiste no direito primordial do ser humano; a ele não compete apenas o direito de manter-se vivo, mas o da concessão de possibilidade para que o indivíduo tenha capacidade de desenvolver as faculdades que lhe são inerentes¹⁶.

O primeiro questionamento aos usuários do SUS referiu-se ao entendimento de saúde, justamente porque, para poder reivindicar direitos relacionados com a saúde, em sua concepção absoluta, em sua concepção ampliada, é preciso entender esse conceito. Assim, de acordo com as respostas dos usuários, as seguintes categorias foram formadas:

- a) **Categoria 1** – Bem-estar: “Saúde... é a pessoa estar bem, tanto por dentro como por fora.”
- b) **Categoria 2** – Ausência de problemas: “Bom... saúde é o contrário de doença. Quando você vai no posto é porque não tem, você tá procurando saúde.”
- c) **Categoria 3** – Assistência: “Ah... um bom atendimento... principalmente nos postos de saúde.”
- d) **Categoria 4** – Indefinição: “Saúde é o que você tem de melhor. Não tem como explicar mais.”

Tomando como pressuposto a independência das respostas, os usuários foram questionados, ainda, se tinham saúde. As seguintes categorias surgiram:

- a) **Categoria 1** – Certeza: “Eu, pra falar a verdade, tenho saúde. Graças a Deus!”
- b) **Categoria 2** – Negativa: “Não, estou sempre no médico.”
- c) **Categoria 3** – Indecisão: “Médio, tem hora que tá bom, tem hora que não tá...”

Relatos permitiram identificar que a saúde é entendida por alguns dos usuários como bem-estar, da mesma forma que no estudo de Lima-Costa e Firmo¹⁵, que verificaram que a autoavaliação da saúde entre idosos assemelha-se

à definição de saúde como “[...] bem-estar físico, mental e social”, adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Por outro lado, alguns usuários relacionam a ausência de saúde com o atendimento médico ou entendem que a saúde é simplesmente a ausência de doença, de dor, o que permite verificar a visão fragmentada de saúde. Estudos têm mostrado que a pior autoavaliação da saúde está associada ao acesso²¹.

Neste estudo, observou-se a preocupação dos usuários com a assistência, ou seja, a saúde vinculada estritamente à ida a um posto, a uma unidade básica, a um atendimento médico em geral, embora alguns ainda tenham uma noção um pouco mais ampliada. Não há preocupação alguma em relação ao provimento de críticas sobre como é ter realmente saúde, como é ter educação preventiva, como é sentir lazer para desfrutar com a família e com a máxima dignidade. Ter saúde é, para essas pessoas, ter um atendimento satisfatório, simplesmente serem bem atendidas em unidades especializadas para tanto.

É importante ressaltar a diferença existente entre direito à saúde e direito à assistência à saúde. Saúde é resultante das condições objetivas de existência, ou seja, resulta das condições de vida biológica, social, cultural e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, por meio do trabalho¹⁷. Saúde está fortemente atrelada à qualidade de vida, exigindo uma articulação de todos os setores sociais e econômicos, com envolvimento governamental em áreas prioritárias, como educação, saneamento, alimentação, renda, moradia e segurança, para a efetivação desse processo assistencial, possibilitando a adesão e a mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes¹. A assistência à saúde é apenas uma das políticas que visam à manutenção da saúde dos cidadãos e à defesa de um acesso igualitário, eficaz e resolutivo.

Constatou-se, ainda, em muitas falas, o apelo à ordem divina. A religiosidade e a espiritualidade estiveram presentes também na fala dos idosos, em uma pesquisa conduzida por Freire Júnior e Tavares¹³, para conceituar saúde, e também ao longo das entrevistas, quando a definiram como algo transcendente, estabelecida por Deus e fora de seu controle. No estudo de Pontes *et al.*¹⁹, a fé era vista pelos usuários como elemento facilitador do acesso ao atendimento na Unidade de Saúde. Eles observaram que os entrevistados creem que o fato de serem atendidos possui uma relação direta com Deus.

Os usuários posteriormente foram questionados se, na opinião deles, o Estado tem o dever de proporcionar saúde

à população. As respostas foram classificadas de acordo com as categorias descritas abaixo:

- a) **Categoria 1** – Afirmativa (prestação pecuniária): “O governo tem obrigação, sim! Todos somos contribuintes, eles têm obrigação, sim! Ter um bom médico, um bom atendimento... mas o mais importante é a Educação!”
- b) **Categoria 2** – Afirmativa (Estado assistencialista): “Eu acho que sim, pelo menos pra pessoas que são carentes, pobres... tem que ter esse benefício.”
- c) **Categoria 3** – Afirmativa (governar): “Eu acho que tem, com certeza. Do mesmo jeito que os políticos depende da gente pra eleger, nós depende deles também.”
- d) **Categoria 4** – Negativa (cooperação da sociedade): “Não sei se ele tem o dever... a gente que tá meio mole... o ser humano se acomodou. Ele tem que dá emprego, conseguir fazer mais indústrias, proporcionar mais empregos.”

Houve a nítida percepção da justificativa de o Estado ter a capacidade para governar, para administrar. E, realmente, se o Estado organiza a sociedade por meio de normas cogentes, deve ter a responsabilidade para governar o País, para administrar a Nação, cuidar de seu povo, de seus cidadãos. A carga tributária brasileira se compara com a de países ricos e de longa tradição assistencial. No Canadá e na Alemanha, por exemplo, os altos impostos custeiam integralmente gastos com saúde, educação e segurança. No Brasil, paga-se muito, mas os serviços estatais são inexistentes ou precários²². Toda essa situação ocorre porque, apesar de se ter uma legislação avançada no campo da saúde, os governos, de caráter neoliberal, que deveriam colocá-la em prática, têm outra visão de saúde, de políticas sociais e de relação Estado-sociedade¹⁷. O que ocorreu a partir dos anos 90 foi a expansão da Medicina Supletiva, representada pelos planos de saúde privado.

De acordo com Bravo¹⁰, a implementação do SUS vem sofrendo essa tensão entre as garantias legítimas e legais e as decisões políticas mais sintonizadas com o neoliberalismo. São dois projetos em confronto: o projeto contra-hegemônico de um SUS universal, equânime e integral, e um projeto de saúde articulado ao mercado, que prioriza o ajuste fiscal com redução de gastos com as políticas sociais para garantir a formação do superávit primário.

A questão da cooperação também é muito bem-vinda, pois traz a responsabilidade do cidadão. Não adianta receber

medicamento para diabetes se o usuário que responde pela enfermidade não cuida da alimentação, do físico, do contexto em que está inserido. Essa é a responsabilidade, a troca de favores entre Estado e cidadão. Para tanto, há que se estimular as ações que visem à promoção de saúde, tendo em vista o estabelecimento de políticas públicas favoráveis à saúde, à criação de ambientes propícios, ao fortalecimento da ação comunitária, de saúde⁹.

Trabalhou-se ainda com a questão da existência de alguma lei que obrigue o Estado a dar saúde à população:

- a) **Categoria 1** - Existência: “Eu acho que tem, sim... Acho que o povo não tem acesso. O povo praticamente fica nas mãos dele [Estado]). Não sabe cobrar os direitos.”
- b) **Categoria 2** - Inexistência: “No meu modo de pensar, acredito que não. O mundo que a gente vive é muito desigual... uns pode... para reflexiva.”
- c) **Categoria 3** - Desconhecimento: “Ah, sim... a lei... eu não sei. A gente vê TV e não presta atenção!”

O direito à saúde é garantido constitucionalmente pela Carta Magna de 1988⁶, promulgada sob os ventos democráticos trazidos com a queda da Ditadura Militar. É interessante notar o que os usuários sabem, o que eles têm em mente sobre direitos seus em relação à saúde. Sem o reconhecimento do direito e muito menos do conhecimento do poder de reivindicar, a saúde ainda ficará à mercê daqueles que somente a comercializam.

De acordo com Bulos¹¹, o objetivo dos textos constitucionais é formidável, no entanto não se realiza na prática. Mais uma vez estamos diante de uma frustração constitucional, pois a integral saúde física e mental do homem é, até o momento, inalcançável. Lembra-se: “Saúde é um direito de todos e dever do Estado...”. Mas como garantir a saúde plena?

O Estado tem obrigação de prestar serviços acessíveis à população e de resolver os problemas de maneira eficaz. Deve-se lutar pela responsabilização do Estado em todos os aspectos da saúde. É necessária, portanto, a conscientização do indivíduo por meio da educação sanitária. A conscientização é imprescindível para a consecução dos direitos à saúde¹².

Corroborando o comentário de Dallari¹², o Pacto pela Saúde, mais especificamente o Pacto em Defesa do SUS, em 2006, trouxe, como prioridade, a implementação de um projeto permanente de mobilização social com a finalidade, dentre outras, de mostrar a saúde como direito de cidadã-

nia e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos. Um grande avanço nesse sentido foi a elaboração da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, criada para que os brasileiros conheçam seus direitos e possam ajudar o Brasil a ter um sistema de saúde com muito mais qualidade⁸.

Diz Rawls, citado por Bittar e Almeida³, que, se o usuário for trabalhado quando ingressa numa unidade, sabedor dos seus direitos e deveres, pode a sociedade ser organizada. Remete ao contratualismo de Rosseau e dispõe uma posição original do indivíduo na qual serão trabalhadas a consciência, a equidade e a liberdade, ou seja, o espírito de justiça.

As respostas negativas em relação ao Estado não possuir lei que o obrigue a dar saúde à população foram incisivas, um marco no trabalho que reflete a falta de conhecimento do usuário. O Brasil é um país ainda muito imaturo no tocante à sociedade civil.

Bosi⁵, pesquisando sobre a percepção de profissionais de saúde do serviço público a respeito da cidadania e da participação popular em saúde, verificou que os profissionais foram unânimes em dizer que a população, em geral, não tem noção de cidadania. Segundo os depoimentos, a ausência de uma “consciência sanitária” leva o usuário a “querer o mínimo”, ou seja, identificar o direito à saúde como direito ao serviço, nos moldes em que lhe são oferecidos. Assim, a maioria das queixas e expectativas da população, segundo o relato dos profissionais, refere-se a questões diretamente vinculadas ao atendimento.

Uma das mais importantes questões relativas à organização da sociedade é sobre o nível de conhecimento da população no quesito reivindicação dos direitos próprios à pessoa brasileira. Desse modo, trabalhou-se a seguinte questão: se você, por exemplo, não for atendido em uma UBS ou faltar alguma vez remédio numa farmácia popular, existe algum lugar em que você possa reclamar?

As falas dos usuários permitiram a construção das seguintes categorias:

- a) **Categoria 1** – Sabe (local): “Existe: Secretaria da Saúde. Cada coisa relacionada à saúde tem o seu responsável.”
- b) **Categoria 2** – Não sabe: “Deve existir... desconheço.”

Quando perguntados se adianta reclamar, muitos disseram que adianta, se for tomada alguma providência. Os que disseram que não adianta foram levados por fortes

sentimentos, como resignação, cólera etc. Há, ainda, aqueles que têm dúvidas em relação ao tema. As categorias que surgiram com as respostas a esse questionamento foram:

- a) **Categoria 1** – Adianta: “Acho que adianta, se eu souber administrar os meus direitos... acho que adianta, sim...!”
- b) **Categoria 2** – Não adianta: “Reclamar não adianta. Não na saúde, por exemplo!”
- c) **Categoria 3** – Dúvida: “Talvez adianta, talvez não!”

Há quase uma década, o Código de Defesa do Consumidor inaugurou uma fase no âmbito do exercício da cidadania. Os cidadãos brasileiros contam com um poderoso instrumento de proteção nas relações de consumo. Mas o serviço público entra na relação de consumo a ser protegida pelo Procon? Sim. Todo serviço prestado pela administração pública, como saúde, educação, água, luz etc. é passível de ser protegido. Os serviços públicos são prestados pelo próprio governo ou o governo contrata empresas particulares que prestam serviços. Serviços esses adequados, eficientes e de qualidade⁶.

De acordo com o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor⁷, existem diversas unidades da Federação e da sociedade civil para a implementação efetiva dos direitos do consumidor e para o respeito da pessoa humana na relação de consumo. Os Procons são órgãos estaduais e municipais na defesa do consumidor criados na forma da lei. Constituem órgãos do SINDC: os Procons e similares nos estados e municípios; a Vigilância Sanitária e agropecuária; Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade (INMETRO), os Institutos de Pesos e Medidas; os Juizados Especiais, além da Justiça Comum; as Promotorias de Justiça, órgãos do Ministério Público; as delegacias de Polícia especializadas; as entidades civis de defesa do consumidor; a Embratur; a SUSEP⁶.

A reforma Sanitária Brasileira, da qual resultou a implantação do Sistema Único de Saúde, garantiu a participação popular e o controle social, assegurando a criação de Conselhos de Saúde, nos quais a população, muitas vezes alheia, tem direito de fiscalizar as ações do Estado em relação às políticas públicas de saúde.

A participação do cidadão na gestão das políticas públicas e os movimentos de luta para garantia de direitos são caminhos a serem perseguidos, cujo horizonte é a luta pela justiça social. Isso significa que os Conselhos são espaçost

privilegiados para a gestão democrática das políticas públicas e um dos espaços de luta para garantia do direito à saúde. Entretanto, ainda precisam avançar nas formas de participação e controle social¹⁹.

Há que se investir em educação, como já estabelecido por Paulo Freire¹⁴: “A prática educacional não é o único caminho à transformação social necessária à conquista dos direitos humanos, mas, acredito, que sem ela, jamais haverá transformação social. Ela consegue dar as pessoas maior clareza para lerem o mundo”. A educação em saúde é a busca pela capacitação e pelo encorajamento do ser humano a assumir responsabilidade sobre a sua própria saúde e a sua participação na vida comunitária de uma maneira construtiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS |

Diante do exposto, o direito à saúde é um direito como ordenamento jurídico, bem como é, também, um direito subjetivo que deve ser buscado. A visão da saúde por parte dos “usuários” está fragmentada, ou seja, há um enfoque assistencialista, há um enfoque curativista, há um enfoque de bem-estar atrelado a um equilíbrio. Essa visão parcial da saúde dificulta a resistência a um direito infringido, na verdade, dificulta a luta pelo direito, o direito de se ter saúde como cultura, lazer, esporte, livros, palavras, alegria, amigos e família.

Essa é a visão do “sistema” saúde, a visão sistemática da saúde, não focal, não pontual, nem circunstancial. Ter saúde apenas por um requisito conquistado não é válido. Possivelmente, é de bom grado uma busca pelo direito na medida em que fórmulas educativas forem inseridas na sociedade. Educação paralela à saúde é primordial. A Constituição garante que o Estado, pelo menos juridicamente, preste saúde à população.

Há que se conhecer o art. 196 para que esse artigo seja exercitado, reconhecido e a sociedade lute por isso. Os usuários não sabem desse artigo e por isso há dificuldade em se obter a organização social.

Muitos usuários sabem parcamente sobre o local onde buscar auxílio. E muitos interiorizaram o sentimento de que reclamar não adianta, condicionado a uma atitude que depende da maioria, e não de um ou dois. Tem-se o Ministério Público, o Procon, a possibilidade de se impetrar um mandado de segurança para resguardar um direito líquido e certo, como o é o da saúde.

O Brasil precisa de cidadãos capacitados, instruídos,

com cultura, com educação para que possa caminhar a patamares de uma sociedade organizada. Os direitos são postos à sociedade para serem sentidos, e não para ficar a uma distância em que não seja possível a sociedade ao menos reconhecê-los.

REFERÊNCIAS |

- 1 - Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1026-35.
- 2 - Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Ltda.; 1977.
- 3 - Bittar ECB, Almeida G. *Curso de filosofia do direito*. 2 ed. São Paulo: Atlas; 2002.
- 4 - Borges CC, Japur M. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2005; 9(18):507-19.
- 5 - Bosi MLM. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. *Cad Saúde Pública* 1994; 10(4):446-56.
- 6 - Brasil. *Constituição Federal*. 6 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2004.
- 7 - Brasil. Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor (DPDC). *Cartilha do Consumidor*. Brasília: DPDC; 1999.
- 8 - Brasil. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários as saúde*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- 9 - Brasil. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 10 - Bravo MIS. Política de saúde no Brasil. In: Mota AE, Bravo MIS, Uchoa R, Nogueira V, Marsiglia R, Gomes L, Teix M, organizadores. *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez/OPAS/OMS/Ministério da Saúde; 2006.
- 11 - Bulos UL. *Constituição Federal anotada*. 4 ed. Até a emenda constitucional n.35/2001. São Paulo: Saraiva; 2002.
- 12 - Dallari S. *Direito à saúde*. [on-line]. Rio Grande do Norte; 2004. [citado 2010 jun 27]. Disponível em: URL:http://

www.dhnet.org.br/educar/redeedh/bib/dallari3.htm.

13 - Freire Júnior RC, Tavares MFL. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2005;9(6):147-58.

14 - Freire P. *Pedagogia dos sonhos possíveis*. São Paulo: Editora Unesp; 2001.

15 - Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:827-34.

16 - Maia MA, Souza RN. *Direito à Saúde*. [on-line]. Rio Grande do Norte; 2004. [citado 2010 jun 27]. Disponível em: URL: <http://www.dhnet.org.br/oficinas/dhparaiba/5/saude.html>.

17 - Oliveira AGRC, Souza ECF. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: *Curso de Mestrado em Odontologia Social / UFRN. Odontologia preventiva e social: textos selecionados*. Natal: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 1997.

18 - Oliveira LC, Pinheiro R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(5):2455-64.

19 - Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Enferm* 2010; 63(4):574-80.

20 - Rodrigues Neto E. *Saúde: promessas e limites da constituição*. Rio de Janeiro: FioCruz; 2003.

21 - Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reduction in social disparities in health. *Health Serv Res* 2002; 37:529-50.

22 - Soares L. *Sobra pouco dinheiro*. *Revista Veja* 2004; 42-9.

AGRADECIMENTOS |

Aos usuários por permitir que fossem realizadas as entrevistas. À CAPES pelo suporte financeiro do estudo.

Correspondência para/ Reprint request to:

Antonio Carlos Pacheco Filho

Universidade Estadual Paulista

Faculdade de Odontologia, Odontologia Preventiva e Social.

Rua José Bonifácio, 1193, Vila Mendonça

Araçatuba - SP

CEP: 16015 - 050

Email: nino_redacao@yahoo.com.br