

As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada¹

The social representations of social control in health: the advances and effect of institutionalized social participation

Helena Eri Shimizu

Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde.
Departamento de Saúde Coletiva. Brasília, DF, Brasil.
E-mail: shimizu@unb.br

Luciana Melo de Moura

Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF, Brasil.
E-mail: melo310577@yahoo.com.br

Resumo

Este estudo teve como objetivo analisar as representações sociais dos presidentes dos conselhos regionais de saúde do Distrito Federal acerca da prática do controle social. Trata-se de um estudo descritivo que utiliza o referencial teórico das representações sociais de Serge Moscovici. Foram realizadas entrevistas em profundidade com treze presidentes de conselhos regionais de saúde sobre o tema do controle social em saúde. Os dados foram analisados com auxílio do *software* ALCESTE. A análise lexical resultou na identificação de três eixos temáticos: as fragilidades dos conselhos regionais de saúde; a busca do fortalecimento do controle social; e a problemática da representação nos conselhos regionais de saúde. No primeiro eixo, o conteúdo das representações demonstra a fragilidade do controle social em saúde, ora pela falta de acesso da comunidade a informações sobre a finalidade dos conselhos, ora pela representação do controle social vincular-se à prática de fiscalização dos serviços de saúde, ora pela prática voltada à resolução de demandas imediatas da população. No segundo eixo o conteúdo das representações demonstra que convive no espaço dos conselhos a representação social do controle social com ênfase na participação social para a formulação das políticas públicas de saúde. E no terceiro eixo o conteúdo demonstra a incipiência das representações dos movimentos sociais organizados no segmento dos usuários. Os conselhos regionais de saúde demonstraram potencialidades para alcançar o papel de formuladores de políticas públicas que favoreçam o desenvolvimento social, especialmente

Correspondência

Luciana Melo de Moura
QnG, s/n, Área Especial n 18/19, Taguatinga Norte.
Brasília, DF, Brasil. CEP 72130-005.

¹ Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAP-DF).

a partir da discussão das necessidades locais.

Palavras-chave: Controle Social; Conselhos de Saúde; Representações Sociais.

Abstract

The aim of this study was to analyze the social representations of the chairpersons of the regional health councils in the Federal District about the practice of social control. It is a descriptive study based on Serge Moscovici's theory of social representations. In-depth interviews were conducted with thirteen chairpersons of regional health councils about social control in health. The data were analyzed with the help of ALCESTE software. The lexical analysis resulted in the identification of three core topics: the weaknesses of the regional health councils; the quest to strengthen social control; and the issue of representation in regional health councils. The content of the representations in the first core topic demonstrated the weakness of social control in health, either because of the lack of community access to information about the purpose of the councils or because representation of social control is linked to the inspection of health services or geared towards resolving immediate demands of the population. In the second core topic, the content of the representations demonstrated that the social representation of social control coexists in the space of the councils with an emphasis on social participation in public policymaking for health. In the third core topic, the content demonstrated the incipient nature of the representations of organized social movements of health services users. The regional health councils have demonstrated their potential in formulating public policies that favor social development, especially through discussion of local needs.

Keywords: Social Control; Health Councils; Social Representations.

Introdução

No Brasil, com a incorporação do direito à saúde ao texto constitucional, a participação social em saúde tornou-se uma realidade, por meio da criação dos fóruns formais de participação da sociedade civil organizada em conferências e conselhos de saúde. A partir daí o controle social toma forma, pois a organização jurídica do país inclui os conselhos de saúde na estrutura decisória e na fiscalização do manejo dos recursos públicos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os conselhos de saúde, como espaços de poder, conflito e negociação, apresentam avanços consideráveis no exercício do controle social e na ampliação da cidadania, entretanto, enfrentam dificuldades como a burocratização das suas instâncias para o mero cumprimento de exigências legais (Paiva et al., 2014).

No Distrito Federal (DF), o conselho de saúde distrital foi criado, em 1973, com o propósito de ampliar a discussão da gestão das políticas de saúde, que demonstravam ser complexas, sobretudo em razão do aumento populacional desordenado resultante da vinda de migrantes que buscavam por melhoria das condições de vida na capital federal (Brasília, 1973). Ao longo dos anos, sofreu várias alterações, até ser modificado mais recentemente pela Lei n. 4.604, de 15 de julho de 2011, a qual regulamentou as novas atribuições, organização e composição, agregando ao conselho novos atores sociais, sendo possível eleger pela primeira vez o presidente, cargo até então ocupado pelo secretário de saúde (Brasília, 2011).

Vale ressaltar que, com o crescimento populacional exponencial das cidades denominadas, à época, de satélites, verificou-se que o conselho de saúde distrital não conseguia mais responder às demandas da população dessas cidades, foi quando começaram a se formar os conselhos regionais de saúde do Distrito Federal (CRS-DF), tendo como finalidade a criação de estruturas descentralizadas para auxiliar na gestão do sistema de saúde. Contudo, os CRS-DF não possuem autonomia administrativa e financeira porque não estão formalmente inseridos no organograma da secretaria de saúde do DF. Muitos dos CRS-DF foram criados por pressão da sociedade civil, que vivia em situação precária nos chamados assentamentos, sem esgoto, luz, água, serviços de

saúde, entre outras condições de infraestrutura. Embora os CRS-DF sejam o *locus* principal para formulação das demandas em saúde da região, ou seja, os canais para expressão das diversas necessidades de saúde da comunidade, sabe-se que eles apresentam dificuldades de consolidação por diversos fatores, tais como ausência de hábito da comunidade para a participação em saúde, serviços de saúde altamente hierarquizados, que não contemplam a participação dos usuários, sua transformação em espaços burocráticos, que não permitem transparência das ações em saúde, entre outros (Pereira, 2010).

Verifica-se, todavia, que os CRS-DF têm contribuição estratégica no processo de reestruturação da atenção à saúde no DF, na medida em que indicam as necessidades reais que devem ser consideradas na formulação das políticas públicas de saúde. Outro fato importante é que o controle social exercido pelos CRS-DF se encontra descentralizado, ou seja, com maior potencial de capilarização por estarem localizados próximos dos moradores, permitindo que suas ações aconteçam em loco. Trata-se, pois, do exercício da participação cidadã, que pode ser entendido como a capacidade dos indivíduos e da coletividade de intervir nas tomadas de decisões no âmbito da gestão das políticas públicas, com o propósito de melhorar a qualidade de vida, sobretudo na região onde vivem (Cotta et al., 2011; Müller Neto; Artmann, 2012). Nesse contexto, torna-se imprescindível compreender como os CRS-DF participam da formulação e organização das ações em saúde. Com base em tal perspectiva, este estudo tem por objetivo identificar e analisar as representações sociais dos presidentes dos conselhos regionais de saúde do Distrito Federal acerca da prática do controle social.

Referencial teórico metodológico

As representações sociais (RS) são resultantes das interações humanas que se originam dos encontros das pessoas nos diferentes espaços nos quais transitam diariamente. Assim, o pensamento coletivo se individualiza a partir do momento que as RS influenciam o comportamento do indivíduo participante de uma coletividade, orientando as práticas humanas (Moscovici, 2010). Nesse sentido, é importante conhecer as RS dos presidentes dos

CRS-DF sobre o controle social, especialmente se elas são positivas e capazes de potencializar a participação social em saúde. Nessa lógica, as RS têm como função convencionar os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram, dando-lhes forma definitiva e localizando-as em uma determinada categoria, de forma que tudo aquilo que não seja conhecido plenamente pelo grupo se torne adequado ao seu ambiente (Moscovici, 2010).

As RS são geradas por dois processos cognitivos, ancoragem e objetivação, traduzidos como maneiras de lidar com a memória. O primeiro diz respeito a ancorar ideias estranhas em categorias existentes na memória (classificação), ou seja, colocá-las em um contexto familiar e dar nome a elas (nomeação). No segundo, objetivar significa a materialização de uma abstração, é a reprodução de conceitos e imagens no mundo exterior (Moscovici, 2010). Desta feita, parte-se do pressuposto de que, ao conhecer o conteúdo das RS dos presidentes dos CRS-DF sobre o controle social, é possível compreender as condutas e práticas que orientam tais conselhos, bem como identificar as suas potencialidades e fragilidades, além de propor estratégias de fortalecimento.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, que tem como propósito descrever as RS dos presidentes dos CRS-DF acerca do controle social, ou seja, recuperar o seu processo de constituição e os seus conteúdos. O estudo foi realizado no Distrito Federal (DF), caracterizado como cidade-estado, composto por 31 regiões administrativas (RA) (Codeplan, 2014), ao qual é vedada sua divisão em municípios, sendo-lhe, portanto, atribuídas as competências legislativas reservadas aos estados e municípios (Brasil, 1988). Como consequência disso, organiza-se em RA, conforme Lei Orgânica do DF (Brasília, 1993).

O DF conta com uma população estimada de 2,9 milhões de habitantes (Brasil, 2014). Trata-se de uma região com grandes desigualdades sociais, econômicas e culturais. Considerando sua população em 2011, de 2,6 milhões de habitantes, o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* foi calculado em R\$ 63.020,02 - praticamente o triplo do PIB nacional (R\$ 21.535,65), e quase o dobro do observado em São

Paulo (R\$ 32.449,06) -, o segundo maior do país, que contrasta com o pior Índice de Gini (0,584), no mesmo ano, de todo território nacional (Codeplan, 2013). Nesse contexto, o sistema de saúde, que já foi modelo histórico de organização de serviços hierarquizados e regionalizados, de referência e contrarreferência, possui uma ampla rede própria, com oferta de todos os níveis de atenção à saúde: atenção primária, média e alta complexidade. Contudo, em relação à atenção primária, há baixa cobertura da estratégia de saúde da família (ESF), 24,1%, o que leva a população a buscar outras portas de entrada, principalmente nos hospitais e mais recentemente nas unidades de pronto atendimento (UPA), que se encontram frequentemente lotadas (Göttems et al., 2009). De tal forma que os CRS-DF se deparam com a necessidade de melhorar os serviços e o sistema de saúde, sobretudo por meio da identificação das necessidades locais. Contudo enfrentam dificuldades, especialmente pela ausência de articulação e apoio do conselho de saúde distrital, que ainda se coloca como apêndice da gestão, com baixo protagonismo nas tomadas de decisões das políticas públicas de saúde (Pereira, 2010).

Na época do estudo (2008), havia dezenove CRS-DF, destes foram selecionados treze para a pesquisa, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar em funcionamento há mais de três meses, estar com composição paritária completa (gestores e prestadores 25%, trabalhadores 25% e usuários 50%), e com pelo menos uma reunião mensal. Participaram o CRS de Brasília, CRS da Ceilândia, CRS do Cruzeiro, CRS do Gama, CRS do Paranoá, CRS de Planaltina, CRS do Recanto das Emas, CRS do Riacho Fundo, CRS de Santa Maria, CRS de São Sebastião, CRS de Sobradinho, CRS de Taguatinga e CRS do Varjão. Foram realizadas entrevistas em profundidade com treze presidentes de CRS-DF, que discorreram sobre as seguintes questões: a) como você percebe a prática do controle social na sua Regional? E b) fale sobre a sua vivência em relação à prática do controle social. Os entrevistados puderam falar livremente sem a interferência da pesquisadora, cujo papel se limitou a manter a narrativa voltada para a questão central. Não foi estabelecido tempo de duração. O entrevistador foi o mesmo para todos os presidentes, e as entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente. O projeto de pesquisa foi aprovado

pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do DF, sob o parecer 158/7.

Para captar as RS é importante verificar o grau de compartilhamento das ideias principais enunciadas pelos sujeitos envolvidos no processo. O *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE) é muito utilizado nos estudos da RS por permitir destacar o compartilhamento dos significados e sentidos principais contidos nos textos. Este *software* recorre à análise das co-ocorrências das palavras nos enunciados que constituem o texto, para organizar e sumarizar informações consideradas mais importantes, e possui como referência os “mundos lexicais” (Reinert, 1990), que são aglutinados de palavras significativas para um determinado grupo social, mas que requerem a interpretação do pesquisador, que deve recorrer ao texto mais completo produzido pelos sujeitos, bem como ao contexto no qual foi produzido.

Em um primeiro momento, o *software* realiza a classificação hierárquica descendente (CHD), na qual se destacam as palavras, a frequência com que aparecem e suas associações em classe de palavras (cálculo do x^2), permitindo destacar o campo comum das RS, cuja representação gráfica é um dendograma (Gutz; Camargo, 2013). Num segundo momento, realiza a análise fatorial de correspondência, com intuito de identificar as variações individuais e grupais sobre o campo comum das representações, o qual gera um plano cartesiano indicando a aproximação entre as palavras, variáveis e classes resultantes da CDH (Saraiva; Coutinho, 2012). Essa forma de compreensão baseia-se na proposta de Doise (2011), na qual a noção de consenso é entendida como partilha de pontos de referência. Assim, pode-se pensar que o sistema representacional se constitui em ponto de referência comum, portanto organizador de um consenso que permite diferentes posicionamentos.

Resultados

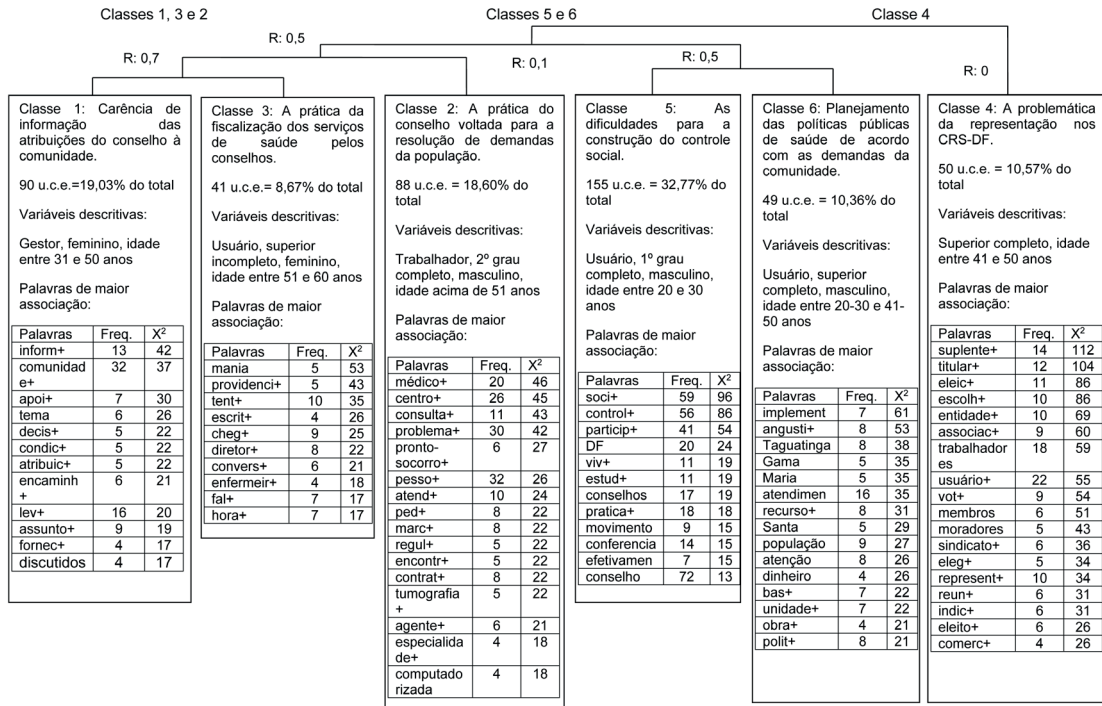
O conteúdo das treze entrevistas processado pelo *software* ALCESTE resultou na identificação de três eixos temáticos demonstrados no dendograma (Figura 1): as fragilidades dos CRS-DF; a busca do fortalecimento do controle social; e a problemática da representação nos CRS-DF.

Figura 1 - Dendograma resultante da CHD sobre as RS dos presidentes dos CRS-DF acerca da prática do controle social em saúde, 2008, Brasília, DF

Eixo 1- As fragilidades dos CRS-DF

Eixo 2- Em busca do fortalecimento do controle social

Eixo 3- A problemática da representação nos CRS-DF



O primeiro eixo temático, **as fragilidades dos CRS-DF**, é composto pela classe 1, que trata da **carência de informação das atribuições do conselho à comunidade**, pela classe 3, que aborda **a prática da fiscalização dos serviços de saúde pelos conselhos**, e pela classe 2, que aborda **a prática do conselho voltada para a resolução de demandas da população**.

A **classe 1 (carência de informação das atribuições do conselho à comunidade)** apresentou 90 unidades de contexto elementar (u.c.e.), o que corresponde a 19,03% do total de u.c.e. do *corpus*, e as variáveis descritivas significativas foram os presidentes pertencerem ao segmento de gestor, serem do sexo feminino e possuírem idade entre 31 e 50 anos. Trata da importância da informação e divulgação dos conselhos de saúde à comunidade. É destacada a necessidade das reuniões serem abertas à comunidade, além do seu importante apoio nas tomadas de decisões e na discussão dos temas relativos à gestão dos serviços de saúde.

[reuniões] *abertas para a comunidade para justamente informar dentro dessa ideia que quanto mais informe, menos hostilidade, menos incompreensão, porque você está se poupando de algo. Principalmente discutir os problemas de saúde da comunidade e propor alternativas de resolução desses problemas, que tipo de solução ser encaminhada, que tipo de proposta a ser concretizada* (Sujeito 13).

Nessa classe, é revelado também que o CRS-DF não tem condições de cumprir as suas atribuições de formulação, acompanhamento da execução de políticas públicas de saúde por não ter autonomia, nem recursos materiais, humanos e incentivo financeiro.

mas ele [o conselho] não tem independência nenhuma e não tem autonomia nenhuma no que diz respeito a finanças, e assim nós temos atribuições importantes de acompanhar, de elaborar e de executar, mas nós não temos condições físicas, materiais (Sujeito 11).

Fala-se nessa classe que, em razão da falta de autonomia do CRS-DF para as tomadas de decisões, cabe-lhe apenas o papel de encaminhador dos problemas recebidos da comunidade, sobretudo de questões relativas à resolução de problemas mais imediatos, como da dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

[o usuário faz a reclamação diretamente ao conselheiro, que leva essa reclamação para a reunião ordinária, para o conselho, para a gente debater. E através de relatórios, a gente ouve e faz um relatório daquilo, debate sobre aquele assunto e faz um relatório e envia ao segmento que o requereu (Sujeito 6).

A classe 3 (a prática da fiscalização dos serviços de saúde pelos conselhos) foi estruturada com 41 u.c.e., representando 8,67% do total. Levando-se em consideração as variáveis descritivas, pode-se caracterizá-la como uma classe que foi constituída em sua maioria por presidentes do segmento dos usuários, com ensino superior incompleto, do gênero feminino e com idade entre 51 e 60 anos. Descreve como conteúdo das RS o papel dos CRS-DF de fiscalizador dos serviços de saúde, o que é reforçado nas capacitações como mostra o depoimento que segue:

a gente tenta seguir, nós fizemos curso para isso, capacitamos para isso, já para evitar esse transtorno. Eu tenho mania de dizer que é educativo, ela não é complicada, para mim quando o pessoal diz assim o conselho é para quê? É para fiscalizar (Sujeito 7).

Nessa classe, reforça-se, diversas vezes, que a prática da fiscalização está voltada principalmente para o controle do funcionamento cotidiano dos serviços de saúde pelos conselheiros, ou seja, para verificar se os serviços estão em pleno funcionamento, se existem funcionários de plantão, dentre outros aspectos. Esse papel restrito os tem levado à necessidade de repensar suas práticas, principalmente, por meio do envolvimento da comunidade nos CRS-DF.

não envolver só o hospital, o gestor, envolver a comunidade mesmo. Ô comunidade vem para cá que a situação aqui está pegando. E um ajudar os outros. Por meio de cartas, por meio de reuniões, a nossa reunião é aberta tanto para o conselho gestor, quanto para a comunidade, então um avisa o outro,

geralmente as enfermeiras levam os assuntos dos pacientes, os pacientes chegaram lá, comentaram, falaram (Sujeito 7).

A classe 2 (a prática do conselho voltada para a resolução de demandas da população) foi estruturada com 88 u.c.e., correspondendo a 18,60% do total. As variáveis descritivas predominantes nessa classe são presidentes representantes de trabalhador, com ensino médio completo, do gênero masculino e com idade acima de 51 anos. Revela o conteúdo das RS que as práticas dos CRS-DF estão voltadas para a resolução de demandas mais imediatas da população devido à insuficiência de serviços de saúde, que é atribuída ao crescimento urbano desordenado, nos últimos tempos, decorrente, principalmente, da busca dos migrantes por melhores condições de vida, pois a oferta de empregos é maior em Brasília do que em outras cidades dos estados circunvizinhos.

[eles] vêm de outras cidades, que arrumam emprego lá no Cruzeiro Novo, Cruzeiro Velho ou Sudoeste e vão procurar o centro de saúde nº 9 do Cruzeiro Novo, então exatamente este problema é que causa certas dificuldades na organização do atendimento neste centro de saúde e isso hoje, com mais incidência, ele se registra no centro de saúde nº 9 porque como eu disse está mais próximo da Estrutural (Sujeito 12).

Uma estratégia nacional para melhorar a cobertura da atenção básica tem sido a implantação da ESF, que ainda é bastante incipiente no DF. Os centros de saúde localizados nas RA são poucos e apresentam dificuldades para trabalhar de forma integrada com os demais serviços da rede de atenção. A ineficiência da atenção básica, como porta de entrada para o sistema, tem provocado um problema comum, que é a busca pelo atendimento em pronto-socorro. Com isso, o usuário aprende a valorizar esse tipo de atendimento para resolução de todos os tipos de problemas de saúde. Além da dificuldade de acesso dos usuários aos serviços de saúde, demonstra-se que há falta de humanização no atendimento, por diversos motivos: falta de atenção/escuta ao usuário, falta de acesso aos serviços, sobretudo especializados, falta de medicamentos, entre outros. Observa-se que a integralidade da atenção, entendida como acesso aos diversos níveis de atenção e satisfação das diversas

necessidades apresentadas pelos usuários, encontra-se bastante comprometida.

para que também melhore esta semente é preciso que haja também uma humanização, o médico tem que ter consciência de que o seu paciente, ele tem que chamá-lo, conhecê-lo pelo nome. Isso é um grande problema também que o médico continua tratando as pessoas, olhando para o rosto, quando olha, que às vezes nem olha, e quando olha, olha de cima para baixo, com superioridade, e o médico é o agente do estado (Sujeito 12).

O **segundo eixo temático (em busca do fortalecimento do controle social)** aparece composto pela classe 5 (**as dificuldades para a construção do controle social**) e pela classe 6 (**planejamento das políticas públicas de saúde de acordo com as demandas da comunidade**).

A classe 5 (**as dificuldades para a construção do controle social**) aparece estruturada com 155 u.c.e., o que equivale a 32,77% do total. Houve predomínio das seguintes variáveis descritivas: presidente do segmento dos usuários, com ensino fundamental completo, do gênero masculino e com idade entre 20 e 30 anos. As falas revelam novamente que as práticas cotidianas dos conselheiros estão centradas na fiscalização dos serviços de saúde.

O depoimento abaixo ilustra que os CRS-DF não possuem visibilidade, pois tem *status* inferior se comparados ao conselho de saúde distrital. Além disso, destaca-se que não ocorre nenhuma articulação entre os CRS-DF e o conselho de saúde distrital.

you tem o conselho de saúde distrital, you tem os CRS-DF e a verdade é que não existe uma ligação, até então, entre os conselhos, no caso daqui do Paranoá, you tem esse surto, por exemplo (Sujeito 11).

Todavia, nessa classe, o controle social é representado como a capacidade da sociedade interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da comunidade. Contudo, como é uma prática relativamente recente, ainda não foi totalmente incorporada pela sociedade.

Algumas experiências de participação social mais intensas já foram realizadas no DF, as quais permitiram alguns avanços na noção de controle social, especialmente atrelada à melhoria da gestão

dos serviços. Nessa perspectiva, descreve-se, nessa classe, que existem algumas experiências de gestão local que têm avançado na possibilidade de ampliação da participação social, sobretudo, permitindo a negociação de demandas e necessidades.

em um governo, o orçamento participativo nos ajudou muito com a questão de estarmos discutindo e levando propostas para a melhoria da qualidade de vida e quando nós colocamos a questão da humanização dos serviços como controle (Sujeito 8).

E a preocupação dos entrevistados com as capacitações seria no sentido de melhorar a compreensão sobre o controle social, a participação da comunidade no planejamento, o acompanhamento da implementação das políticas públicas de saúde, bem como sobre a gestão da saúde.

na compreensão do que seria esse controle social e da dificuldade que é a participação popular, a participação democrática na gestão e planejamento das políticas públicas e no nosso caso a política pública de saúde (Sujeito 1).

Nessa lógica, dada a complexidade das atribuições dos conselhos de saúde, que integram a gestão e têm como preceito legal a formulação de estratégias e o controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, reforçam-se nessa classe que a capacitação deve ser realizada na perspectiva da educação permanente, ou seja, com base na problematização da realidade concreta.

A classe 6 (**o planejamento das políticas públicas de saúde de acordo com as demandas da comunidade**) aparece composta por 49 u.c.e., o equivalente a 10,36% do total. Quanto às variáveis descritivas, foi predominante o presidente ser do segmento dos usuários, com ensino superior completo, do gênero masculino e com idade entre 20-30 e 41-50 anos. Nessa classe, demonstra-se que o conteúdo das RS aponta como função principal dos conselhos contribuir para o planejamento das políticas públicas de saúde das RA, em consonância com as diretrizes e princípios do SUS, para que estejam a serviço da comunidade. Nessa direção, os presidentes entrevistados reconhecem que a prática do controle social vincula-se à observância dos princípios e diretrizes do SUS nas unidades de saúde, ao atendimento de saúde com qualidade.

junto com a gestão de saúde da região buscando implementar políticas de saúde para toda a região de Taguatinga, talvez funcionar todas as unidades a contento, buscando exatamente o que preceitua o SUS, que é o atendimento à saúde com qualidade (Sujeito 9).

Reconhece-se que a articulação dos CRS-DF com os demais conselhos de políticas públicas é fundamental para a resolução das demandas de saúde da população. Essa articulação intersetorial tem sido um dos grandes investimentos das políticas públicas atuais visando à melhoria da qualidade de vida da população, bem como ao desenvolvimento das cidades. Nessa classe, revela-se que, no que tange à melhoria dos serviços de saúde, existe uma preocupação muito grande dos conselheiros com a ampliação do número de hospitais para atender às necessidades da população. Nessa visão, a oferta de hospitais contribuiria para a garantia do direito à saúde.

com o conselho de segurança, com o conselho ambiental então tem tido uma participação maior com o segmento da sociedade, e eu priorizei no meu mandato como presidente. Hoje nós temos a construção do hospital até porque o artigo 6 da constituição diz que a saúde é um direito de todos e dever do Estado; eu não tenho dúvida que com essa obra do hospital, até porque o hospital com 384 leitos para uma comunidade (Sujeito 4).

A classe 4 corresponde ao terceiro eixo temático (a problemática da representação nos CRS-DF) e apresenta-se estruturada com 50 u.c.e. (10,57% do total). As variáveis descritivas mais características dessa classe foram os presidentes possuírem o ensino superior completo e idade entre 41 e 50 anos. Descreve o conteúdo das RS que tratam da problemática da representação nos CRS-DF, sobretudo, o difícil processo de escolha dos representantes do segmento dos usuários para compor os CRS-DF e de inserção de pessoas que estejam efetivamente envolvidas com os movimentos sociais organizados. Revela-se, nessa classe, que os CRS-DF encontram-se formalmente estruturados, ou seja, obedecem às orientações estabelecidas na Resolução n. 453 do Conselho Nacional de Saúde para a composição dos membros dos conselhos (Brasil, 2012), mas

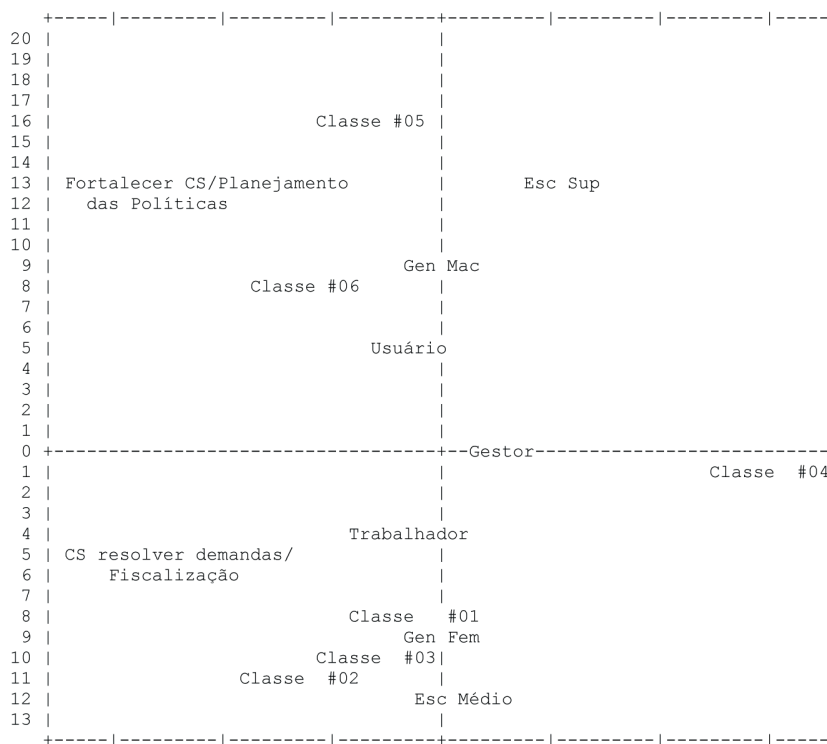
verifica-se grande dificuldade de captar sujeitos que estejam, de fato, engajados com algum movimento social originário dos territórios onde vivem. Há que se ressaltar que a ampliação do número de representantes de usuários nos CRS-DF significa, sem dúvida alguma, oportunidade para ampliar a participação social. Todavia, o conteúdo das RS que compõem essa classe revela que o processo de escolha dos representantes dos usuários ocorre de forma burocrática: uma vez divulgada a eleição do conselho, as entidades concorrem a uma vaga de membro no CRS-DF e alguns representantes das entidades são indicados.

E os usuários, eles são escolhidos através das associações das entidades, então eles se reúnem cada um na sua entidade, na sua associação e fazem uma eleição entre eles e depois eles enviam para a gente a carta com a cópia da ata que eles foram eleitos (Sujeito 5).

Evidencia-se, nessa classe, que no DF os conselheiros parecem muito distanciados dos movimentos sociais, principalmente pelas dificuldades de organização e manutenção desses equipamentos sociais nos tempos atuais, que privilegiam as práticas mais individualistas.

A análise fatorial de correspondência (Figura 2) permite visualizar as diferenças de posicionamento grupal no plano fatorial. Possibilita, sobretudo, a complementação das informações de tipicidade obtidas na CHD (Saraiva; Coutinho, 2012). Neste estudo, buscou-se, no plano fatorial, verificar as diferenças de tomada de posição dos conselheiros com distintos perfis acerca do controle social no DF. No plano fatorial, observa-se a projeção das palavras analisadas (as classes) com associação das variáveis suplementares: escolaridade superior (Esc Sup) e médio (Esc Médio), Gênero (Masculino e Feminino) e segmento representado (Usuário, Trabalhador, Gestor), que estão distribuídas nos diferentes quadrantes, bem como as seis classes analisadas anteriormente. Na análise fatorial demonstrada na Figura 2, é possível perceber que no quadrante superior encontram-se as classes 5 e 6, nas quais se destacam também as seguintes variáveis: sujeitos pertencentes ao segmento dos usuários, com ensino superior e do gênero masculino. Nesse grupo, a

Figura 2. Plano Fatorial com a projeção das variáveis e das palavras na análise fatorial de correspondência sobre a prática do controle social em saúde, 2008, Brasília, DF



RS de controle social predominante está vinculada ao fortalecimento do controle social, havendo a participação da comunidade no planejamento e na formulação de políticas públicas. Em oposição a isso, apresentam-se no quadrante inferior as classes 2, 3 e 1, e as variáveis que se destacam são os sujeitos pertencerem ao segmento dos trabalhadores, do gênero feminino e com ensino médio. Nesse grupo, a RS de controle social vincula-se à prática de fiscalização e de resolução das demandas de saúde da população local.

Em suma, da análise fatorial emergiram duas dimensões. A primeira dimensão está relacionada ao grau de escolaridade. De um lado, os discursos dos presidentes dos CRS-DF que possuem ensino superior abordam a relevância da construção do fortalecimento do controle social. Por outro lado, os sujeitos que possuem o ensino médio relacionam o controle social ao ato de fiscalizar e de responder às demandas por serviços de saúde vindas da comunidade. A segunda dimensão está relacionada ao gênero. Os sujeitos do

gênero masculino destacam a relevância de se enfatizar a questão da formulação de políticas públicas para a área da saúde no âmbito dos CRS-DF, enquanto os sujeitos do sexo feminino destacam como principal atribuição do CRS-DF a competência técnica do fazer cotidiano, por meio da resolução das demandas por serviços de saúde e fiscalização da atuação dos profissionais e dos serviços.

Discussão

Verificou-se que o conteúdo das RS demonstra a fragilidade do controle social em saúde pelos CRS-DF. O eixo 1 retrata os conteúdos das RS que tratam da falta de acesso à informação sobre a finalidade dos CRS-DF como determinante. Dessa maneira, seria necessário ampliar o acesso à dinâmica cotidiana desses fóruns, com vistas ao aumento da capacidade de argumentação dos sujeitos nos processos decisórios, uma vez que o uso da informação no âmbito da saúde propiciaria elementos para a análise da

situação de saúde, subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento, no sentido de definir prioridades, pelos conselheiros e gestores da saúde (Paiva et al., 2014).

Ainda no primeiro eixo temático, revela-se também que é forte a RS do controle social centrada na fiscalização dos serviços de saúde, que está ancorada na noção de controle social como controle da sociedade pelo Estado, ou seja, o oposto do que foi idealizado pelo movimento da reforma sanitária. A fiscalização enquanto instrumento de controle da execução da política de saúde pelos conselheiros reflete certo grau de imaturidade, por não terem clarificado o seu papel de deliberadores (Martins et al., 2013) ou mesmo por não terem autonomia para deliberarem. No plano fatorial, ficou demonstrado que essas demandas têm sido vocalizadas nos conselhos, principalmente pelas mulheres, que historicamente têm sido responsáveis pelos cuidados em saúde (Pires et al., 2010).

Evidencia-se, em realidade, que a ênfase do controle social exercido pelos CRS-DF sobre o SUS tem se deslocado do âmbito da formulação para o da fiscalização das políticas. Essa constatação demonstra o risco de a noção de controle social do SUS, com o sentido de um controle da sociedade sobre o Estado, estar se esvaziando nas práticas cotidianas. A forma de organização e funcionamento dos conselhos de saúde, hierarquizada e burocratizada, e a ausência dos movimentos sociais nos conselhos são fatores preponderantes, que contribuem para o distanciamento dos conselheiros das discussões sobre a formulação de políticas que atendam às necessidades reais de saúde da população (Shimizu et al., 2013). Trata-se, portanto, de um processo que deve envolver diversos atores com diferentes interesses, em que se notam, ao mesmo tempo, complementaridades e conflitos.

No segundo eixo, o conteúdo demonstra que convive no espaço dos conselhos a RS do controle social com ênfase na participação social, portanto com maior potencialidade para abarcar a sua principal função, a de formulação das políticas públicas de saúde consentâneas com as necessidades de saúde da população. Essa RS, conforme mostra o plano fatorial, tem sido mais vocalizada pelos homens com maior escolaridade, e encontra-se ancorada na noção de controle social do SUS com o sentido

de um controle da sociedade sobre o Estado. Por meio dos conselhos, a sociedade civil exercita o direito de participar da gestão de diferentes políticas públicas, tendo a oportunidade de exercer maior controle sobre o Estado. Nesse sentido, percebe-se que, a despeito das fragilidades dos conselhos que têm se restringido ao caráter meramente consultivo, limitando seu poder de decisão e deliberação (Gohn, 2011), os CRS-DF têm avançado principalmente como espaço para negociar as demandas e necessidades em saúde para a população que vive nas regiões, e se destacam como espaços para reflexão cidadã e exercício da democracia, por isso exigem avaliação e aperfeiçoamento constantes (Bispo Júnior; Gerschman, 2013). Trata-se de uma forma de participação que reduz a distância entre a sociedade e a política, por meio da pactuação entre os atores sociais com múltiplos interesses (Coelho, 2012).

Esse processo pode contribuir para a construção do planejamento das políticas públicas de saúde de acordo com as demandas da comunidade, conforme também foi apontado no eixo 2. Ademais, trata-se de oportunidade para se planejar o que tem sido denominado de “desenvolvimento local”, que compreende o território vivo que abarca as múltiplas interações (social, cultural, política, econômica, etc.), impregnado de conflitos e interesses diversos, mas no qual se pode buscar ultrapassar o modelo hegemônico tradicional de acompanhamento e fiscalização do sistema de saúde para, coletivamente, traçar-se um objetivo em comum: definir os problemas sociais e conjuntamente formular um plano local de saúde (Ponte et al., 2012). Nesse contexto, a região deve ser valorizada como *locus* de possibilidade da construção do modelo de atenção proposto para o SUS, configurando-se como espaço potencializador de redes de participação social de alta capilaridade. Segundo Ponte et al. (2012), esses espaços podem ser considerados como espaços de interação comunitária não exclusivamente vinculada à prática das unidades de saúde, mas que inclua diversos aspectos do cotidiano da vida humana, correlacionados com os determinantes e condicionantes sociais, econômicos, culturais e políticos, o que não prescinde da construção de políticas intersetoriais, portanto, com mais possibilidades para tornarem-se dispositivos de efetivação de democracia participativa.

No eixo 3, apreendem-se conteúdos das RS que demonstram que concorrem para a fragilidade do controle social como campo de poder a incipiência das representações dos movimentos sociais organizados no segmento dos usuários. Os dados sugerem que existem grandes dificuldades de diálogo dos conselhos com os movimentos sociais da região, o que estimula a permanência dos mesmos sujeitos nos CRS-DF durante muito tempo. Essa dificuldade de composição e representatividade dos conselhos já foi demonstrada em outros estudos, segundo os quais o princípio de paridade não foi respeitado na composição do conselho, uma vez que todos os conselheiros entrevistados tinham sido indicados pelo gestor local (Cotta et al., 2011; Zambon; Ogata, 2013). A centralização da participação pode reproduzir relações políticas nas quais a noção de cidadania e de democratização das políticas e recursos públicos é pouco difundida. Desta feita, há que se ampliar os espaços que permitam a inserção de novos atores por meio da composição plural nos processos decisórios (Bispo Júnior; Gerschman, 2013).

Nesse sentido, reitera-se a importância dos movimentos sociais na proposição e construção de um novo paradigma da saúde, pois seu distanciamento dos fóruns de participação social institucionalizados é prejudicial e os torna frágeis e sem condições para o pleno exercício do controle social (Gohn, 2011). É necessária a compreensão dos movimentos sociais enquanto matriz de democratização e solidariedade política, que contribui na melhoria da qualidade cívica da participação social em saúde, uma vez que a articulação dos movimentos sociais nos conselhos gestores de políticas públicas é fundamental para a formação de agenda, para os processos decisórios e para a implementação de políticas públicas (Kauchakje, 2008). Ademais, quando há vínculos dos conselhos com movimentos sociais de caráter de defesa de direitos, é possível que esse espaço público ampliado possa favorecer a constituição de sujeitos sociais com adesão às ações cívicas embasadas nos valores democráticos e no sentido da solidariedade política.

Considerações finais

Verificou-se que existem diversas fragilidades para que os CRS-DF funcionem como instâncias de con-

trole social em saúde, principalmente decorrentes da RS de controle social como instrumento e estratégia de fiscalização dos serviços de saúde, ancorada na concepção de controle social como apenas controle. Todavia, os CRS-DF demonstraram potencialidades para alcançar o papel de formuladores de políticas públicas que favoreçam o desenvolvimento social, especialmente a partir da discussão das necessidades locais. Destacou-se, ainda, o distanciamento dos movimentos sociais em tais arenas, os quais, uma vez representados no segmento dos usuários, podem contribuir para que os conselhos se tornem fóruns mais orgânicos. O fortalecimento da participação social, por meio da permeabilidade dos CRS-DF aos movimentos sociais das regiões, poderá ampliar a voz dos cidadãos no processo de decisão política e contribuir para a formação de RS positivas sobre controle social.

Fica evidente também que deve ser incorporado à democracia participativa uma função educativa, de participação em assuntos comunitários e políticos, o que pode contribuir para a criação de cidadãos capazes de sustentar a democracia. Com a possibilidade de participação ativa, os cidadãos podem se tornar mais informados acerca do sistema político, modificar as suas representações e ampliar seus horizontes para além de seus interesses pessoais, ou seja, em defesa de um bem público maior, a defesa do SUS.

Referências

- BISPO JÚNIOR, J. P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-16, 2013.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 6 jun. 2012. Seção 1, p. 138-139.

- BRASIL. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resolução nº 2, de 26 de agosto de 2014. Divulga as estimativas da população, para Estados e Municípios com data de referência em 1º de julho de 2014. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 ago. 2014. Seção 1, p. 98. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/75661110/dou-secao-1-28-08-2014-pg-98>>. Acesso em: 8 mar. 2015.
- BRASÍLIA (Distrito Federal). Governo do Distrito Federal. Decreto nº 2.225, de 28 de março de 1973. Cria o Conselho de Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Governo do Distrito Federal*, Brasília, DF, 30 mar. 1973. p. 3. Disponível em: <http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Arquivo.ashx?id_norma_consolidado=3244>. Acesso em: 27 jul. 2015.
- BRASÍLIA (Distrito Federal). Câmara Legislativa do Distrito Federal. Lei Orgânica do Distrito Federal, de 8 de junho 1993. *Diário Oficial do Governo do Distrito Federal*. Brasília, DF, 9 jun. 1993. Suplemento Especial. Disponível em: <[http://www.fazenda.df.gov.br/aplicacoes/legislacao/legislacao/TelaSaidaDocumento.cfm?txtNumero=0&txtAno=0&txtTipo=290&txtParte="](http://www.fazenda.df.gov.br/aplicacoes/legislacao/legislacao/TelaSaidaDocumento.cfm?txtNumero=0&txtAno=0&txtTipo=290&txtParte=)>. Acesso em: 27 jul. 2015.
- BRASÍLIA (Distrito Federal). Conselho de Saúde do Distrito Federal. Lei nº 4.604, de 15 de julho de 2011. Dispõe sobre a organização, a composição e as atribuições do Conselho de Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Governo do Distrito Federal*, Brasília, DF, 18 jul. 2011. Seção 1, p. 7-8.
- CODEPLAN - COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. *Produto interno bruto do Distrito Federal*: 2011. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/Contas_Regionais/pib_df_2011.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2014.
- CODEPLAN - COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. *Pesquisa distrital por amostra de domicílios do Distrito Federal*: 2013. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2013/Pesquisa%20PDAD-DF%202013.pdf>. Acesso em: 24 set. 2014.
- COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, p. 138-151, 2012. Suplemento 1.
- COTTA, R. M. M. et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos conselhos de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1121-1137, 2011.
- DOISE, W. Sistema e metassistema. In: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. (Org.). *Teoria das representações sociais*: 50 anos. Brasília, DF: Technopolitik, 2011. p. 123-156.
- GOHN, M. da G. Movimentos sociais na contemporaneidade. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 47, p. 333-361, 2011.
- GÖTTEMS, L. B. D. et al. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1409-1419, 2009.
- GUTZ, L.; CAMARGO, B. V. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p.793-804, 2013.
- KAUCHAKJE, S. Solidariedade política e constituição de sujeitos: a atualidade dos movimentos sociais. *Sociedade e Estado*, Brasília, DF, v. 23, n. 3, p. 667-696, 2008.
- MARTINS, C. S. et al. Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 437-445, 2013.
- MOSCOVICI, S. *Representações sociais*: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2010.
- MÜLLER NETO, J. S.; ARTMANN, E. Política, gestão e participação em saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3407-3416, 2012.

- PAIVA, F. S. et al. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 487-498, 2014.
- PEREIRA, M. E. *O controle social no SUS: análise da capacidade democrática dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal*. 2010. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/8569/1/2010_EdsauraMariaPereira.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2014.
- PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1009-1019, 2010. Suplemento 1.
- PONTE, H. M. S. et al. "O caminho se faz ao caminhar": processo de reativação de conselhos locais de saúde em Sobral, a partir do protagonismo cidadão. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, p. 234-243, 2012. Suplemento 1.
- REINERT, M. Alceste une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia De Gerard De Nerval. *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, Paris, v. 26, n. 1, p. 24-54, 1990.
- SARAIVA, E. R. A.; COUTINHO, M. P. L. A difusão da violência contra idosos: um olhar psicossocial. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 24, n. 1, p. 112-121, 2012.
- SHIMIZU, H. E. et al. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2275-2284, 2013.
- ZAMBON, V. D.; OGATA, M. N. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 66, n. 6, p. 921-927, 2013.

Contribuição dos autores

Shimizu participou da concepção, delineamento, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada. Moura participou do delineamento, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Recebido: 10/06/2014

Reapresentado: 15/09/2014

Aprovado: 25/11/2014