

■ Artigo Original

Representações sociais de conselheiros de saúde acerca do direito à saúde e da cidadania

Social representations of health councilors regarding the right to health and citizenship
Representaciones sociales de concejales de salud sobre el derecho a la salud y a la ciudadanía



Luciana Melo de Moura^a
 Helena Eri Shimizu^b

Como citar este artigo:

Moura LM, Shimizu HE. Representações sociais de conselheiros de saúde acerca do direito à saúde e da cidadania. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(esp):e70826. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.70826>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.70826>

RESUMO

Objetivo: Conhecer a estrutura das representações sociais de direito à saúde e cidadania de conselheiros municipais de saúde.

Método: Estudo qualitativo, fundamentado nas Teorias das Representações Sociais e do Núcleo Central, realizado em oito municípios da Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal, Brasil. A amostra intencional foi composta por conselheiros municipais de saúde. Entre junho e dezembro de 2012 aplicaram-se questionários de evocação livre, dos quais foram respondidos 68 com o termo indutor Direito à Saúde e 64 com o termo indutor Cidadania. Os dados foram analisados por meio do *software* EVOC e da análise de conteúdo de Bardin.

Resultados: O campo representacional de direito à saúde está associado à ideia de direito universal garantido pela Constituição e pelo SUS e de cidadania vinculado aos direitos e deveres.

Conclusões: As concepções de direito à saúde são entendidas enquanto condição para alcance da cidadania e cidadania como proteção social.

Palavras-chave: Direito à saúde. Participação cidadã. Conselhos de saúde.

ABSTRACT

Objective: To know the structure of the social representations of right to health and citizenship of health municipal councilors.

Method: This is a qualitative study, based on the central nucleus theory of social representations, carried out in eight municipalities of the Integrated Region for the Development of the Surroundings of the Federal District, Brazil. The intentional sample consisted of municipal health councilors. Between June and December 2012, free recall questionnaires were used, of which 68 were answered with the inducing term health, and 64 with the inducing term citizenship. Data were analyzed using EVOC software and Bardin's content analysis.

Results: The representational field of the right to health is associated with the idea of universal law guaranteed by the Constitution and the Unified Health System (SUS), and of citizenship linked to rights and duties.

Conclusions: The conceptions of right to health are understood as a condition for reaching citizenship, and citizenship as social protection.

Keywords: Right to health. Citizen participation. Health councils.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la estructura de las representaciones sociales de la salud y el derecho a la ciudadanía de la salud de concejales.

Método: Estudio cualitativo basado en la teoría de las representaciones sociales y el núcleo central, realizado en los municipios de la región que rodea el Desarrollo Integrado del Distrito Federal, Brasil. Una muestra intencional fue compuesta por consejeros municipales de salud. Entre junio y diciembre de 2012 aplicaron cuestionarios de recuerdo libre, de los cuales fueron contestados 68 con el inductor del término derecho a la salud y 64 con el término ciudadanía inductor. Los datos fueron analizados utilizando el *software* EVOC y el análisis de contenido de Bardin.

Resultados: El campo representacional derecho a la salud se asocia con la idea del derecho universal garantizado por la Constitución y el SUS y la ciudadanía vinculada a los derechos y deberes.

Conclusiones: El derecho de los conceptos de salud se entiende como condición para el logro de la ciudadanía y ciudadanía como protección social.

Palabras clave: Derecho a la salud. Participación ciudadana. Consejos de salud.

^a Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

^b Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

O direito à saúde faz parte dos direitos sociais, sendo um dos mais difíceis de serem alcançados, sobretudo quando considerados os direitos civis e políticos, que requerem ações efetivas do Estado, por meio de políticas e programas eficazes⁽¹⁾. Nessa perspectiva foram previstos no Sistema Único de Saúde (SUS), além do direito universal à saúde, a intersectorialidade das ações em saúde, o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde, a descentralização, a regionalização e hierarquização do sistema⁽²⁾.

A participação popular nos serviços de saúde foi garantida por meio de instâncias colegiadas denominadas conferências e conselhos de saúde⁽³⁾. Esses fóruns têm como premissa a democratização da gestão pública, aumento da eficiência e da efetividade das políticas sociais. Entretanto, o panorama dessas instâncias demonstra que há uma baixa incorporação das proposições das conferências e que os conselhos possuem autonomia restrita na definição de políticas públicas de saúde, além de se destinarem a função burocrática⁽³⁻⁴⁾.

Contudo, a participação da população e seus grupos organizados na gestão dos serviços de saúde, representa um grande avanço na democracia representativa, pois o direito à saúde deve ser definido prioritariamente pela comunidade local⁽⁵⁾. A comunidade ao expressar as necessidades de saúde se torna capaz de definir a extensão do conceito de saúde e delimitar o alcance da liberdade (direito individual) e o da igualdade (direito coletivo), os quais fundamentam o direito à saúde.

Nesse contexto, a luta pela garantia do direito à saúde acabou por constituir as figuras de sujeitos cidadãos, isto é, ativistas políticos que buscam garantir melhores condições de vida à população⁽⁶⁾. Trata-se, pois do exercício da cidadania, que ocorre primordialmente como uma prática de identificação com questões públicas, isto é, com questões que são de interesse público. Em outras palavras, o exercício da cidadania como prática do cotidiano⁽⁷⁾.

No entanto, há que destacar que a busca por garantias dos direitos à saúde e o ativismo político da sociedade civil organizada tem sido incorporados à articulação do neoliberalismo com os modos de subjetivação das próprias reivindicações políticas⁽⁸⁾. Como consequência, existe o risco da perda desse direito, que foi conquistado duramente no processo de reforma sanitária, a cobertura universal dos serviços de saúde para toda população.

Com base no exposto, verifica-se a importância de compreender como os sujeitos se comportam e justificam ou se posicionam em relação às suas ações de defesa do direito à saúde e cidadania. Uma vez que uma ação

cidadã se relaciona com a garantia de direitos e com o exercício da democracia.

Nessa lógica, as representações sociais direito à saúde e cidadania dos conselheiros municipais de saúde podem contribuir no delineamento de modelos de atenção à saúde, restritos ou abrangentes, e ainda influenciar sobremaneira nas políticas públicas de saúde municipais que são revertidas em serviços prestados à comunidade.

Assim, questiona-se: quais as representações sociais de direito à saúde e cidadania permeiam as práticas cotidianas no interior de conselhos municipais de saúde? Por tal motivo, este estudo teve como objetivo conhecer a estrutura das representações sociais de direito à saúde e cidadania dos conselheiros de saúde de municípios da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF).

■ MÉTODO

Estudo proveniente de tese⁽⁸⁾ que analisou a organização e dinâmica das conferências e dos conselhos municipais de saúde com vistas ao alcance da satisfação dos usuários.

O delineamento metodológico de eleição foi a pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais⁽⁹⁾, em que se adotou a proposta complementar da Teoria do Núcleo Central⁽¹⁰⁾. Esta teoria propõe: que uma representação social é organizada em torno de um núcleo central, o qual é formado por um ou mais elementos que dão significado à representação, e que por isso são estáveis e definem a homogeneidade de um grupo. Em torno desse elemento central, ou desses elementos centrais, se organizariam os elementos periféricos, considerados o aspecto móvel e evolutivo da representação, os quais teriam como função a concretização, a regulação e a defesa do núcleo central⁽¹⁰⁾.

Por meio da abordagem estrutural das representações sociais é possível acessar e identificar os termos e expressões que mais definem e organizam as representações de direito à saúde e cidadania, auxiliando a análise do campo comum, o qual corresponde às crenças compartilhadas pelos conselheiros municipais de saúde.

O presente estudo foi realizado nos conselhos municipais de saúde instituídos em oito municípios da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF). Esta por sua vez é formada por municípios do Estado de Goiás e Minas Gerais localizados ao redor do DF, e que foi criada por força da Lei Complementar nº 94 de 19 de Fevereiro de 1998, regulamentada pelo Decreto 7.469 de maio de 2011 com vistas ao aprimoramento e ampliação dos serviços públicos essenciais e a promoção

de atividades econômicas na Região, e à superação das dificuldades vivenciadas por sua população como a pouca oferta de serviços de saúde⁽¹¹⁾.

É importante destacar que esses municípios são considerados cidades dormitórios, e possuem significativo contingente populacional que devido à especulação imobiliária no território do DF tiveram que migrar para cidades adjacentes. Nesses municípios prevalece forte dependência do DF pelos serviços públicos de saúde, soma-se a isso o baixo rendimento médio da maioria da população e a elevada taxa de informalidade no mercado de trabalho, onde mais de 80% da população não tem plano de saúde privado⁽¹²⁾.

Nesse sentido, foram selecionados entre esses municípios aqueles que fossem representativos das regiões da RIDE-DF; que possuíssem população acima de 50.000 habitantes e que realizassem conferências municipais de saúde a cada dois anos. Desta forma, a amostra constituiu-se pelos Conselhos Municipais de Saúde das regiões do Entorno Sul (Cidade Ocidental, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso, todos do estado de Goiás); do Entorno Norte (Formosa e Planaltina, municípios goianos); região de Pirineus (Pirenópolis-GO); e região de Unaí (Buritis de Minas Gerais).

A amostra intencional foi composta por conselheiros de saúde dos Municípios descritos acima, com no mínimo seis meses de mandato, presentes nas reuniões ordinárias e extraordinárias dos conselhos no período de junho a dezembro 2012, e que se voluntariaram a participar, totalizando 68 sujeitos que responderam ao questionário sobre o termo indutor direito à saúde e 64 que responderam quanto ao termo indutor cidadania. Foram acompanhadas 21 reuniões para aplicação do questionário. Os conselheiros com menos de seis meses de mandato, ou que se ausentaram das reuniões ou que se recusaram a participar da pesquisa foram excluídos da amostra.

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um questionário semiestruturado e autoadministrado dividido em três partes. A primeira parte foi destinada à evocação, onde se utilizou a técnica de evocação livre para que os conselheiros citassem seis palavras ou expressões que lhes ocorressem imediatamente em relação aos termos indutores direito à saúde e cidadania. A segunda parte empregou a técnica de hierarquização de itens para que os conselheiros enumerassem em ordem de importância as três palavras ou expressões consideradas mais importantes. A terceira parte do questionário foi destinada a justificar por escrito as três palavras ou expressões consideradas de maior relevância para cada termo indutor. Este questionário de evocação livre possibilita conhecer elementos mentais de forma rápida e objetiva ao apreender os elementos

do núcleo central e periférico de uma representação, evitando o mascaramento de elementos pela consciência, como acontece na entrevista⁽¹³⁾.

Com o propósito de identificar a estrutura das representações sociais, as respostas coletadas na primeira parte do questionário foram submetidas à análise de evocação, por meio do *software* EVOC (*Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations*) versão 2000 para a análise das evocações livres. Este permite identificar, além do conteúdo das representações, sua organização interna em função de um duplo critério: frequência (*freq.*) versus ordem média de evocação (O.M.E.). Quanto mais próxima a média estiver de um, maior o grau de importância das palavras indicadas. De acordo com o pressuposto da perspectiva estrutural das representações sociais, a associação destes dois critérios distribuídos em quatro quadrantes permite revelar os prováveis elementos centrais e periféricos de uma representação social⁽¹⁰⁾. As palavras com uma alta frequência, e às quais os sujeitos atribuem uma importância na definição do objeto, expressam um sentido central e organizador da representação social, portanto, apresentam maior importância no arranjo cognitivo. As palavras localizadas, no sistema periférico, possuem menor frequência e evocação distante, e são importantes por fornecer sustentação ao núcleo central, além de serem mais flutuantes às mudanças. Os elementos intermediários, localizados na zona de contraste são expressos com baixa frequência, mas com próxima evocação pelos sujeitos ou elevada frequência e distante evocação, e sinalizam a existência de diferenças relevantes na representação quando destoam dos elementos centrais, indicando a existência de um subgrupo representacional⁽¹³⁾. As análises com o *software* sobre as palavras/expressões evocadas a partir dos termos indutores, direito à saúde e cidadania foram efetuadas separadamente.

A organização dos dados oriundos da segunda parte do questionário foi submetida ao teste de centralidade. Nessa etapa foi realizada a análise das palavras ou expressões evocadas após a enumeração em ordem de importância no programa *software* EVOC, onde a sua organização interna se deu em frequência versus ordem média de importância (O.M.I.) para assim proceder à comparação com a ordem de evocação livre.

O conteúdo da terceira parte do questionário foi submetido à análise de conteúdo⁽¹⁴⁾ para cada um dos termos indutores. Esta procura descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação por meio do procedimento de análise temático-categorial constituída por três fases⁽¹⁴⁾. A primeira é a pré-análise que consiste na escolha dos documentos a serem analisados; na retomada das

hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado; e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. A segunda fase diz respeito à exploração do material, a qual consiste na operação de codificação. E a última fase refere-se ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação para proposição de inferências.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa do Distrito Federal e aprovado com o número de parecer 001/2012. Todos os sujeitos de pesquisa tiveram sua participação voluntária e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise efetuada com o *software* EVOC permitiu identificar os prováveis elementos centrais, isto é, aqueles elementos que dão sentido e organizam a representação, bem como os prováveis elementos da periferia da representação social de *direito à saúde* (Tabela 1).

Os dados obtidos a partir da análise das associações livres do termo indutor *direito à saúde* (Tabela 1) revelaram no núcleo central dois elementos importantes que são a Constituição e o SUS, os quais caracterizam os instrumentos legais para materialização deste direito, como também

Tabela 1 – Quadrantes com a estrutura da representação social dos conselheiros municipais de saúde de oito municípios da RIDE-DF sobre o termo *Direito à Saúde* – 2012

Núcleo Central			Sistema Periférico – Primeira Periferia		
1º Quadrante Frequência >= 8 Ordem Média de Evocação <3			2º Quadrante Frequência >= 8 Ordem Média de Evocação >=3		
Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
acessibilidade	8	2,625	medicamento	11	3,182
constituição	11	2,000	responsabilidade	9	3,556
direito de todos	16	2,000			
SUS	10	2,300			
Sistema Periférico – Zona de Contraste			Sistema Periférico – Segunda Periferia		
3º Quadrante Frequência < 8 Ordem Média de Evocação <3			4º Quadrante Frequência <8 Ordem Média de Evocação >=3		
Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
atendimento	6	2,333	atenção básica	3	3,333
cidadania	7	2,571	comunicação	3	5,000
cidadão	5	2,200	conhecimento	7	3,714
compromisso	6	2,833	educação	3	4,667
conselho de saúde	4	2,500	humanização	5	4,200
dever do estado	7	2,714	idosos	4	4,250
direitos	3	2,333	recursos financeiros	3	4,333
exames	3	2,000	respeito	4	4,250
fundamental	3	1,333	tratamento	3	3,000
hospital	6	2,333	universalidade	7	4,429
igualdade	6	2,500			
impostos	4	2,500			
integralidade	3	2,333			
legislação	7	2,429			
médico	5	2,800			
negado	4	1,000			

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.
Freq.: Frequência.
O.M.E.: Ordem Média de Evocação

a ideia de acessibilidade e direito de todos. No segundo quadrante estão os termos que provavelmente fazem parte do sistema periférico mais próximo do núcleo central, onde o direito à saúde e o direito ao recebimento de medicamentos apareceu como responsabilidade dos gestores. No terceiro quadrante ou zona de contraste emergiu um subgrupo representacional formado pela ideia de cidadania, onde o cidadão tem direito ao atendimento, e é dever do Estado o seu provimento, além do direito de participação social, objetivada no conselho de saúde. A questão do recolhimento de impostos reforça a ideia de cidadania e o direito à saúde. No sistema periférico mais distante, o direito à saúde referiu-se aos elementos atenção básica, comunicação, conhecimento, educação, idosos, recursos financeiros, respeito, tratamento e universalidade.

A Tabela 2 apresentou o resultado do teste de centralidade do termo *direito à saúde* para comparação dos elementos do núcleo central em ordem média de evocação e em ordem média de importância.

Ao realizar o teste de centralidade verificou-se que os elementos centrais do *direito à saúde* (Tabela 2) mantiveram-se tanto em ordem de evocação, quanto em ordem de importância, reforçando os indícios de que tais elementos compõem o núcleo central.

Verificou-se que as representações sociais de *direito à saúde* de conselheiros de saúde estão ancoradas nos ideários da Reforma Sanitária que foram aprovadas pela VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, de fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos, a fim de constituir um sistema único de saúde⁽²⁾. Outro elemento evidenciado foi a Constituição, a qual se caracteriza enquanto instrumento legal para materialização do direito universal à saúde.

A partir da análise de conteúdo das justificativas das três palavras ou expressões de maior relevância para o termo indutor *direito à saúde* emergiram duas categorias temáticas.

A categoria intitulada **Direito à Saúde** revelou que o direito à saúde é universal, entretanto, uma fala apontou que o SUS é para os menos favorecidos. Os conselheiros desvelaram ainda que os governantes deveriam garantir o cumprimento das leis referentes à saúde e converter os impostos arrecadados no sistema de saúde, pois há necessidade de investimento no SUS. Além disso, desvelaram o *direito à saúde* como conquista, resultado da luta coletiva e que para sua garantia a sociedade deve conhecer as leis que amparam o SUS para exigir o seu cumprimento pelo poder público, nem que seja por meio da judicialização. Outra ideia que emergiu sobre o tema foi a fiscalização do cumprimento do direito à saúde pelos conselhos de saúde, ministérios públicos e tribunais de contas. Destacou-se ainda do discurso coletivo que a acessibilidade às consultas, exames diagnósticos, tratamentos, atendimento humanizado e de qualidade materializam esse direito.

O sistema universal de saúde tem possibilitado a acessibilidade referida pelos conselheiros deste estudo às consultas, aos exames diagnósticos, aos tratamentos, ao atendimento humanizado e de qualidade. Haja vista que o direito à saúde inclui o acesso aos recursos necessários para alcançar a saúde, à capacidade para resistir a condições que põem em risco a saúde, às informações sobre saúde e transparência, ao consentimento informado, e até mesmo o direito à tomada de decisão⁽¹⁵⁾.

A UNESCO em 2005 por meio da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos reafirmou a saúde como

Tabela 2 – Teste de centralidade do termo *Direito à Saúde*, RIDE-DF – 2012

	Evocação			Importância		
	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.I.
NC	acessibilidade	8	2,625	acessibilidade	8	2,625
	constituição	11	2,000	constituição	11	2,091
	direito de todos	16	2,000	direito de todos	16	1,875
	medicamento			medicamento	11	2,727
	SUS	10	2,300	SUS	10	2,400
SP	medicamento	11	3,182	responsabilidade	9	3,889
	responsabilidade	9	3,556			

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Freq. = Frequência

O.M.E. = Ordem Média de Evocação

O.M.I. = Ordem Média de Importância

um direito humano fundamental, e que o acesso da população aos cuidados de saúde é essencial a uma saúde de qualidade, e que, portanto, deveriam se configurar em objetivo central dos governos⁽¹⁶⁾.

Na categoria chamada **Saúde Plena** apontaram outros fatores que influenciam as condições de saúde, como o saneamento básico, moradia, emprego, educação, alimentação, qualidade da água, acesso a esporte e lazer. Em contrapartida, alguns conselheiros citaram os planos de saúde privados para ter acesso a um tratamento diferenciado e uma saúde melhor, embora a altos custos.

Verificou-se que os conselheiros ao se referirem ao *direito à saúde*, extrapolaram o campo da saúde, pois apontaram outros fatores que influenciam as condições de saúde, como o saneamento básico, moradia, emprego, educação,

alimentação, qualidade da água, acesso a esporte e lazer, como demonstrada na categoria temática **Saúde Plena**. Nessa perspectiva, os sistemas de saúde e seus governos, para garantia do direito à saúde deveriam atuar sobre os determinantes sociais e ambientais de saúde, oriundos da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes, destacando que a atuação sobre estes fatores deve ser responsabilidade de todos os setores do Estado⁽²⁾. Haja vista a complexidade desse direito, uma vez que perpassa por várias esferas, entre elas, saúde, direito, políticas financeiras, educacionais, tecnológicas, habitacionais, saneamento e gestão⁽¹⁷⁾. Assim, o *direito à saúde* apresentou-se intimamente relacionado a outros direitos humanos como a dignidade humana, a vida, a não discriminação, a equidade, a proibição contra a tortura, a

Tabela 3 – Quadrantes com a estrutura da representação social dos conselheiros municipais de saúde de oito municípios da RIDE-DF sobre o termo *Cidadania* – 2012

Núcleo Central			Sistema Periférico – Primeira Periferia		
1º Quadrante Frequência >= 13 Ordem Média de Evocação <3			2º Quadrante Frequência >= 13 Ordem Média de Evocação >=3		
Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
deveres	20	2,600			
direitos	27	1,556			
respeito	19	2,526			
Sistema Periférico – Zona de Contraste			Sistema Periférico – Segunda Periferia		
3º Quadrante Frequência < 13 Ordem Média de Evocação <3			4º Quadrante Frequência <13 Ordem Média de Evocação >=3		
Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
ação	3	1,667	cidadão	5	3,200
constituição	3	2,000	coletividade	3	4,000
direito à saúde	3	1,000	compromisso	3	3,333
igualdade	4	2,500	conhecimento	6	4,167
participação social	10	2,400	dignidade	5	3,800
saúde	6	2,833	educação	6	3,833
solidariedade	7	2,714	emprego	5	3,600
união	3	2,000	ética	3	3,667
voto	6	2,500	humanização	3	6,000
			mobilização	4	4,500
			moradia	3	4,667
			responsabilidade	6	3,500
			saneamento	4	4,750
			sociedade	8	4,250

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.
Freq.: Frequência
O.M.E.: Ordem Média de Evocação

privacidade, o acesso à informação, e as liberdades de associação, reunião e movimento⁽¹⁸⁾.

Todavia, na categoria temática **Saúde Plena**, a rede de saúde complementar foi considerada de melhor qualidade se comparada aos serviços públicos, demonstrando fortes indícios de uma penetração progressiva do interesse privado no sistema público de saúde. Tal fato se contrapõe a perspectiva da Reforma Sanitária, a qual defendia a criação do sistema de saúde público e universal, onde a iniciativa privada se estabeleceria em caráter complementar, com a perspectiva de sua redução paulatina no contexto do SUS⁽⁶⁾.

Nessa direção, os conselhos de saúde são de extrema relevância, sobretudo para vocalizar a defesa saúde com um bem público. Seria importante, também, a participação de base comunitária, para garantia do acesso de uma ampla variedade de serviços de saúde promocional, preventiva, curativa e de reabilitação⁽¹⁹⁾.

A análise com o *software* EVOC revelou a estrutura representacional do termo *cidadania* (Tabela 3) a partir da disposição dos elementos no quadrante superior esquerdo ou núcleo central, quadrante superior direito ou primeira periferia, quadrante inferior direito ou segunda periferia e quadrante inferior esquerdo denominado zona de contraste.

No que se refere à evocação livre do termo indutor *cidadania* (Tabela 3) a análise demonstrou no núcleo central os elementos exercício dos direitos, cumprimento dos deveres e respeito. O segundo quadrante que corresponde ao sistema periférico mais próximo do núcleo central, apareceu vazio. No terceiro quadrante ou zona de contraste apareceu um subgrupo representacional formado pela ideia de cidadania associada à ação, alicerçada na constituição, a qual garante o direito à saúde, à igualdade, à participação social e ao voto, e que há necessidade de solidariedade e união entre as pessoas. No sistema periférico mais distante, a cidadania referiu-se às condições para uma pessoa ser reconhecida como cidadão.

A Tabela 4 apresentou o resultado do teste de centralidade do termo *cidadania* para comparação dos elementos

do núcleo central em ordem média de evocação e em ordem média de importância.

Ao realizar o teste de centralidade verificou-se que os elementos centrais do termo *cidadania* (Tabela 4) mantiveram-se tanto em ordem de evocação, quanto em ordem de importância, indicando que tais elementos provavelmente formam o núcleo central por resistirem ao teste.

As representações sociais de *cidadania* dos conselheiros encontram-se ancoradas em marcos teóricos e filosóficos que fundamentaram a constituição cidadã, por apresentarem no núcleo central os elementos direitos, deveres e respeito. Na constituição brasileira a cidadania está garantida em três âmbitos: direitos civis, sociais e políticos. A partir daí os direitos civis de preservação das liberdades individuais, tais como contrato, propriedade, expressão, consciência; os direitos políticos de representação e participação; e os direitos sociais, os quais visam evitar os piores efeitos do capitalismo, objetivados no direito à saúde, educação, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, de proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados relacionam-se à condição cidadã⁽¹⁸⁾. Em suma, o termo *cidadania* contemplou os direitos, deveres, bem como o respeito às leis que o cidadão tem em relação ao país em que nasceu ou escolheu para habitar.

A partir da análise de conteúdo das justificativas das três palavras ou expressões de maior relevância para o termo indutor *cidadania* emergiram duas categorias temáticas.

A categoria intitulada **Ativismo Social** desvelou que os direitos, o respeito às leis e ao próximo, além do cumprimento dos deveres foram considerados os princípios básicos de uma cidadania. E que o conjunto de direitos possibilitou o ativismo social e a participação na vida pública. Nesse sentido, um indivíduo é considerado cidadão quando tem consciência dos seus direitos e deveres. Dentre suas obrigações citaram o voto, aqui posto como a maior expressão da cidadania.

Tabela 4 – Teste de centralidade do termo *Cidadania*, RIDE-DF – 2012

	Evocação			Importância		
	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.I.
NC	deveres	20	2,600	deveres	20	2,550
	direitos	27	1,556	direitos	26	1,692
	respeito	19	2,526	respeito	19	2,789
SP						

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Freq. = Frequência

O.M.E. = Ordem Média de Evocação

O.M.I. = Ordem Média de Importância

Tais achados revelaram que a *cidadania* engloba um conjunto de direitos que possibilitam a participação ativa dos indivíduos na coisa pública. A participação se daria, de forma concreta, a partir da escolha de seus governantes, por meio do processo eleitoral, garantido na constituição a democracia representativa, como demonstrado na categoria temática **Ativismo Social**.

Entretanto, esta tem se mostrado insuficiente para o enfrentamento dos problemas apresentados pela maioria da população. Diante disso, adotam-se mecanismos de democracia participativa como uma estratégia política, social e cultural capaz de garantir a ampliação da esfera pública e maior participação dos cidadãos na discussão pública da coletividade⁽⁴⁾. Participação esta prevista na constituição brasileira por meio dos canais institucionais de participação social, dentre eles, os conselhos e conferências.

A conjuntura histórica de constituição da cidadania ocorreu durante a formação dos Estados nacionais e da instauração do capitalismo, em virtude do declínio do feudalismo e da ascensão burguesa. Assim a cidadania se desenvolveu como princípio de justiça e com a função normativa de organização do sistema político e de legitimação da autoridade política por meio dos cidadãos detentores de direitos e deveres⁽²⁰⁾.

Além disso, os movimentos sociais tiveram papel preponderante na consolidação da cidadania, pois por meio das lutas debelaram o desenvolvimento dos sistemas de proteção social, com vistas a reduzir os efeitos deletérios do sistema capitalista, fundamentado na desigualdade econômica das classes sociais⁽²⁰⁾. Nesse sentido a proteção social desenvolveu-se juridicamente, na forma de direitos garantidores da condição de cidadania e institucionalizou-se nos sistemas de provisão de bens e serviços de saúde, educação e assistência, em busca da ampliação do bem-estar da população⁽²⁰⁾.

Outra categoria que emergiu denominada **Cidadania Plena** revelou que para a cidadania ser completa é preciso que a cidade seja limpa e organizada, como um meio de se evitar a propagação de doenças, denotando uma preocupação com o quadro sanitário.

Nesta categoria depreendeu-se que os conselheiros ancoraram suas representações de *cidadania* no ideário reformista que postulava a melhoria das condições sanitárias como via de acesso à ampliação do direito à cidadania, mais precisamente à democratização da sociedade⁽²⁾.

■ CONCLUSÕES

O conteúdo das representações sociais dos sujeitos do estudo sinalizou que o direito à saúde é entendido en-

quanto condição para alcance da cidadania, e esta como forma de proteção social. Tais representações foram partilhadas pelo grupo e possivelmente orientaram atitudes e comportamentos no interior dos conselhos, com expressivo potencial de influenciar as proposições e a tomada de decisão das políticas municipais de saúde.

A estrutura das representações sociais de cidadania limitou-se ao cumprimento dos deveres e exercício dos direitos, entretanto os elementos nos sistemas periféricos trouxeram as condições para se ter cidadania e os mecanismos de proteção social, sinalizando uma tendência a ampliação do seu significado. Há que se reconhecer que o processo de mudança das representações sociais é um movimento lento, pois primeiro são transformados os elementos periféricos da representação social, para depois serem modificados os elementos centrais.

Com base no panorama do SUS, verificou-se que as bases da reforma sanitária foram edificadas, mas requerem esforços para manter a saúde como um bem público, que exigem profunda mudança política, a qual perpassa pela ampliação da consciência do direito à saúde e da cidadania. Portanto, para se transformar uma realidade é preciso considerar que modificar as ações, implica em mudar as representações que as orientam.

Como limitações do estudo, destaca-se a necessidade de ampliação da pesquisa no que se refere à investigação da influência das representações sociais de direito à saúde e cidadania de conselheiros municipais nas políticas de saúde, nos planos de saúde municipais, bem como na prestação de serviços de saúde à comunidade. Em termos acadêmicos, o estudo poderá contribuir para discussões e suscitar novas investigações acerca das representações sociais no campo da saúde.

■ REFERÊNCIAS

1. Silva BK, Bezerra AFB, Tanaka OY. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para a sua efetivação. *Interface Comun Saúde Educ*. 2012;16(40):249-59.
2. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist Cienc Saúde-Manguinhos*. 2014;21(1):15-35.
3. Krüger TR, Lemke AP, Nardino D, Finger SJ, Meggiato JR, Nunes MLA. et al. As proposições das conferências de saúde e os planos municipais de saúde: um estudo em municípios de Santa Catarina. *Saúde Debate*. 2011;35(91):508-21.
4. Paiva FS, Van Stralen CJ, Costa PHA. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. *Cienc Saúde Coletiva*. 2014;19(2):487-98.
5. Dallari SG. O direito à saúde. *Rev Saúde Públ*. 1988;22(1):57-63.
6. Lara L, Guareschi NMF, Bernardes AG. Reforma sanitária e a privatização da saúde em um contexto biopolítico de garantia de direito. *Psicol Soc*. 2016;28(2):360-8.
7. Maia AAM, Pereira MZC. Cidadania, educação e cotidiano. *Educ Real*. 2014;39(2):617-31.

8. Moura LM. Capacidade das instâncias institucionalizadas de participação social em saúde da RIDE-DF: potencialidades e fragilidades para influenciar a melhoria da atenção básica [tese]. Brasília (DF): Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde; 2015.
9. Moscovi S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2010.
10. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadores. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB Editora; 1998. p. 27-38.
11. Pires MRGM, Göttems LBD, Martins CMF, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Cienc Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl. 1):1009-19.
12. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (BR). Perfil socioeconômico dos moradores dos municípios da área metropolitana de Brasília — PMAD 2013. Brasília (DF); 2013 [citado 2015 jul 09]. Disponível em: http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/PMAD/PMAD_Perfil_socioeconomico_dos_moradores_dos_municipios_da_AMB.pdf.
13. Oliveira DC, Marques SC, Gomes AMT, Teixeira MATV. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, organizador. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: EDUFPB; 2005. p. 573-602.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. 1. ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
15. Brysk A. Human rights and private wrongs: constructing global civil society. New York: Routledge; 2005.
16. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization [Internet]. Paris: UNESCO, c2005- 2017 [cited 2014 Sep 1]. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights; [about 12 screens]. Available from: http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.
17. Mitano F, Ventura CAA, Lima MCRAA, Balegamire JB, Palha PF. Right to health: (in)congruence between the legal framework and the health system. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2679.
18. Kingston LN, Cohen EF, Morley CP. Debate: limitations on universality: the “right to health” and the necessity of legal nationality. *BMC Int Health Hum Rights*. 2010;10:11.
19. Andrade LOM, Pellegrini Filho A, Salar O, Rígoli F, Salazar LM, Serrate PCF, et al. Social determinants of health, universal health coverage and sustainable development: case studies from Latin American Countries. *Lancet*. 2015;385(9975):1343-51.
20. Fleury S, Ouverney AM. Política de saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 23-64.

■ **Autor correspondente:**

Luciana Melo de Moura

E-mail: melo310577@gmail.com

Recebido: 30.11.2016

Aprovado: 01.02.2017