

ENTRE AS NECESSIDADES DE SAÚDE E A FORMAÇÃO DA AGENDA GOVERNAMENTAL: UMA ANÁLISE PROCEDIMENTAL DAS TESSITURAS DE UM ESPAÇO¹

Mariana Golin Silva Winckler²

Fabiola Zion³

Guillermo Alfredo Johnson⁴

Patrícia Aparecida Ferreira⁵

Este artigo objetiva oferecer uma visão da atual conjuntura que se coloca para o Sistema Único de Saúde (SUS) no que tange à relação existente entre as necessidades de saúde dos seus usuários e as políticas de saúde desenvolvidas para esta finalidade. A análise qualitativa foi organizada em duas etapas: i) análise comparativa das representações sociais das necessidades de saúde; e ii) análise do processo de formação da agenda governamental. A seleção dos sujeitos da pesquisa, a forma de coleta dos dados e os instrumentos de análise variaram conforme a etapa da pesquisa. Os dados revelaram a existência de um tecido social composto por uma complexa trama que se alterna entre nós e vazios conceituais e estruturais, costurada por vários atores e que tem servido para múltiplas finalidades. Indicou, ainda, que as necessidades de saúde das pessoas e suas lutas cotidianas em busca da satisfação destas ainda permanecem nas franjas deste tecido.

Palavras-chave: políticas públicas de saúde; agenda governamental; necessidades de saúde; pesquisa qualitativa; SUS.

BETWEEN HEALTH NEEDS AND THE AGENDA-SETTING: A PROCEDURAL ANALYSIS OF THE COMPOSITIONAL LAYERS OF SPACE

This article aims to offer an overview of the current situation facing SUS regarding the relationship between the health needs of its users and the health policies developed for this purpose. The qualitative analysis was organised in two stages: i) comparative analysis of social representations of health needs; and ii) analysis of the process of formation of the government agenda. The selection of research subjects, data collection and analysis tools varied according to the research stage. The data revealed the existence of a social fabric composed of a complex plot that alternates between knots and conceptual and structural voids, which is sewn by various actors and that has served multiple purposes. It also indicated that the health needs of people and their daily struggles in search of their satisfaction still remain in the fringes of this fabric.

Keywords: public health policies; government agenda; health needs; qualitative research; SUS.

1. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/ppp61art2>

2. Doutora em saúde pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). *E-mail:* <marianagsw@gmail.com>. Orcid: <<https://orcid.org/0000-0003-2453-9564>>.

3. Professora associada no Departamento de Ciclos de Vida, Saúde e Sociedade da FSP/USP. *E-mail:* <fabiolaz@usp.br>. Orcid: <<https://orcid.org/0000-0002-5594-4696>>.

4. Docente no Departamento de Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Maranhão (Desoc/UFMA). *E-mail:* <guijohnson@uol.com.br>. Orcid: <<https://orcid.org/0000-0002-6508-3105>>.

5. Professora no Programa de Pós-Graduação em Administração Pública da Universidade Federal de Lavras (UFLA). *E-mail:* <paif@ufla.br>. Orcid: <<https://orcid.org/0000-0002-0847-5890>>.

ENTRE LAS NECESIDADES DE SALUD Y LA FORMACIÓN DE LA AGENDA GUBERNAMENTAL: UN ANÁLISIS PROCEDIMENTAL DE LAS TESISURAS DE UN ESPACIO

Este artículo tiene como objetivo ofrecer una visión general de la situación actual que enfrenta el SUS con respecto a la relación entre las necesidades de salud de sus usuarios y las políticas de salud desarrolladas para este propósito. El análisis cualitativo se organizó en dos etapas: i) análisis comparativo de las representaciones sociales de las necesidades de salud; ii) análisis del proceso de formación de la agenda del gobierno. La selección de los sujetos de investigación, la recopilación de datos y las herramientas de análisis variaron según la etapa de investigación. Los datos revelaron la existencia de un tejido social compuesto por una trama compleja que alterna entre nudos y vacíos conceptuales y estructurales, que está cosido por varios actores y que ha tenido múltiples propósitos. También indicó que las necesidades de salud de las personas y sus luchas diarias en busca de su satisfacción aún permanecen al margen de este tejido.

Palabras clave: políticas de salud pública; agenda gubernamental; necesidades de salud; investigación cualitativa; SUS.

JEL: I18.

1 INTRODUÇÃO

São inúmeros os documentos do arcabouço legislativo do SUS que embasam e orientam o sistema para a busca de resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população. Seja no processo de planejamento em saúde (Brasil, 2006), seja na própria regulamentação da Lei nº 8.080 (Brasil, 2011), o reconhecimento e a satisfação das necessidades de saúde constituem-se como eixos estruturantes do SUS e deveriam organizar as suas políticas e práticas que têm na saúde seu objeto de intervenção. Entretanto, apesar de todas as instruções de planejamento e arcabouço legal existentes sobre a saúde no Brasil, ainda são significativos os relatos sobre a incapacidade deste sistema em satisfazer estas necessidades (Campos e Mishima, 2005; Nery, 2006; Winckler, 2009).

Nas últimas décadas, a literatura científica tem destacado uma diversidade de temas que podem estar sustentando esta condição. Ora definidos como causa, ora como consequência, os itens evidenciados perpassam pela complexidade que o conceito de necessidades de saúde encerra (Matsumoto, 1999), pela redução do termo enquanto ofertas/demandas institucionalmente determinadas (Campos e Bataiero, 2007), pela dificuldade de articulação com os determinantes sociais da saúde (Buss e Pelegrini Filho, 2007) e pela ausência de instrumentos de leitura que operacionalizem o conceito (Nery, 2006; Winckler, 2009).

Acreditamos que todos, de alguma forma, contribuem para a persistência dos velhos modos de pensar e agir característicos dos modelos assistenciais vigentes no Brasil do século XX e, conseqüentemente, para a persistente dificuldade em ofertar políticas de saúde mais amplas, efetivas e que consolidem o SUS como direito.

O que ainda precisa ser compreendido é em que medida e de que forma estes itens operam – quando analisados em conjunto e por um determinado período de tempo – e em que circunstância a população e o saber popular, assim como outras formas de saber, participam do processo de definição, reconhecimento e priorização das necessidades de saúde e das suas formas de satisfazê-las. Nesse sentido, somente um estudo que contemple o conhecimento dos grupos de atores sociais envolvidos com as políticas de saúde – sejam eles os beneficiários, os planejadores, os implementadores, os avaliadores (Ferreira, Alencar e Pereira, 2011) ou até mesmo os situados fora deste escopo, como a mídia – pode dar conta de uma realidade que ultrapassa os limites do Estado, das suas estruturas administrativas e, sobretudo, dos dados epidemiológicos que deveriam ser utilizados para embasar a construção, implementação e a avaliação de tais políticas.

Assim, este estudo de caso almeja oferecer uma visão da atual conjuntura que se coloca para o SUS no que tange à relação existente entre as necessidades de saúde expressas pelos seus usuários e as políticas de saúde desenvolvidas para esta finalidade. Para cumprir com tal intento, dois recortes importantes foram utilizados. O primeiro diz respeito ao conceito de necessidades de saúde adotado na pesquisa. O segundo está relacionado com o ciclo das políticas públicas, mais especificamente na análise do processo de formação da agenda governamental.

Sob a perspectiva da saúde coletiva, as necessidades de saúde devem ser compreendidas para além das demandas biológicas, precisam estar articuladas às necessidades sociais e, embora sejam construídas socialmente, podem ser apreendidas em sua dimensão individual (Stotz, 1991; Mendes-Gonsalves, 1992; Matsumoto, 1999). Dentre as inúmeras tentativas de definição e organização dos múltiplos entendimentos conferidos ao conceito de necessidades de saúde, destaca-se a taxonomia de Matsumoto (1999), que foi utilizada e validada em pesquisas anteriores (Nery, 2006; Winckler, 2009; Silva, 2012). Esta taxonomia é composta por quatro grandes eixos, que nesta pesquisa instrumentaliza a leitura das necessidades de saúde.

- 1) Boas condições de vida: essas necessidades tanto podem estar relacionadas às necessidades “fisiológicas” (alimentação, saneamento, moradia) como às necessidades mais “complexas” (segurança e afeto).
- 2) Acesso e possibilidade de consumo de toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida: diz respeito à necessidade de acesso às tecnologias leves (habilidades relacionais), leve-duras (ações programáticas, práticas) e duras (equipamentos, infraestrutura), sendo que a importância hierárquica da oferta e do consumo dessas tecnologias dependerá das necessidades reais de cada usuário.
- 3) Criação de vínculos afetivos e efetivos: está relacionada com a formação de vínculos entre usuário/comunidade e a equipe/profissional para além

da simples adscrição a um serviço ou à inscrição formal a um programa. Significa o estabelecimento de uma relação de confiança que é contínua no tempo, além de pessoal e intransferível. É o encontro de subjetividades.

- 4) Graus crescentes de autonomia: refere-se à necessidade dos sujeitos de terem autonomia, a qual, por sua vez, implica a possibilidade de reconstrução e ressignificação dos sentidos de sua vida e de sua forma de viver, abrangendo também a luta pela satisfação de suas necessidades.

No que tange ao campo da análise das políticas públicas, o ciclo da política pública vê a política como um ciclo deliberativo, formado por vários estágios e constituindo um processo dinâmico e de aprendizado. De acordo com este modelo, seis etapas organizam a vida de uma política pública, a saber: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação, e avaliação. Esta abordagem processual de se pensarem as políticas públicas reconhece a definição de agenda (*agenda-setting*) e pergunta por que algumas questões entram na agenda política enquanto outras são ignoradas (Souza, 2007).

A opção pelo modelo de ciclo de políticas públicas neste estudo se justifica pela proximidade relacional que esta abordagem tem com o conceito de necessidades de saúde, visto que estas deveriam tanto pautar quanto orientar a formulação e a implementação, servindo também de referência para a construção de indicadores para avaliar a eficácia e a efetividade das políticas públicas de saúde. Neste estudo, delimita-se, como fase do ciclo a ser estudada, a elaboração da agenda governamental, tendo como orientação o conceito de necessidades de saúde e como estas são compreendidas por atores que vivenciaram o processo político e decisório da formação da agenda da política de saúde em um município brasileiro.

Conforme exposto por Cohn (2006), o estudo da agenda governamental nos permite apontar o que está por trás das políticas de saúde, demonstrando as possíveis articulações das políticas de saúde com as dimensões econômicas, políticas e sociais da nossa sociedade, nos grandes marcos que caracterizam sua trajetória histórica no país, e que consistem nas raízes dos principais desafios que essa área enfrenta hoje.

São várias as interrogações que ainda permeiam a literatura acadêmica sobre o tema do *agenda-setting*: De que maneira uma questão ou uma demanda torna-se foco de interesse na política? Como a agenda é construída e quem participa da sua construção? Em quais arenas essas decisões são tomadas? Segundo Souza (2007), a estas perguntas são dados três tipos de respostas: a primeira reposta focaliza o problema, isto é, problemas entram na agenda quando se assume que algo deve ser feito sobre eles; a segunda focaliza a política propriamente dita, ou seja, como se constrói a consciência coletiva sobre a necessidade de enfrentar um problema; e a terceira focaliza os participantes, que podem ser classificados como visíveis (definem a agenda) e os invisíveis (definem as alternativas).

Nesta pesquisa, partimos do pressuposto que as necessidades de saúde já foram consensualmente definidas como temas a serem enfrentados/satisfeitos (Brasil, 1990; 2006; 2015), ou seja, consideramos que o problema já está delimitado ou, pelo menos, deveria estar. Resta-nos saber como os atores locais de um município que estão relacionados com a formulação e a implementação de políticas públicas de saúde compreendem o conceito de necessidades – bem como as semelhanças e divergências em relação à compreensão do mesmo conceito pela sociedade civil organizada –, e quais os fatores que facilitam ou restringem a construção da consciência coletiva sobre a necessidade de se satisfazerem as necessidades de saúde. É para este emaranhado de fatores, atores e práticas institucionais que se organizaram em um determinado período de tempo e em um determinado espaço (município brasileiro) que denominamos tessituras.

Com base neste recorte estabelecido e nos pressupostos teóricos desta pesquisa, alguns esclarecimentos se fazem necessários. Primeiro, as necessidades expressas pela sociedade, ou seja, transformadas em demandas, não constituem a totalidade das necessidades. Em segundo lugar, as respostas estatais dirigidas às necessidades não são formuladas num movimento linear no qual estas antecedem àquelas. Terceira e principal, as necessidades respondidas, que supostamente são sempre da população, expressam o conjunto de conflitos e contradições sociais contidos na relação Estado-sociedade, fazendo com que a suposição acima referida, nem sempre seja verdadeira. A quarta e última ressalva é de que, na atualidade, já se reconhecem outras políticas e ações governamentais as quais, embora não sejam objeto de atuação do Ministério da Saúde, estão relacionadas com as condições de saúde e vida da população (Silva, 2012, p. 73).

Por fim, compreendemos que este estudo de caso não representa a realidade existente na totalidade dos municípios brasileiros no que tange às práticas e processos vinculados ao modo de fazer saúde. No entanto, a tarefa de debruçar-se sobre uma dada realidade, a fim de compreender as tessituras sociais existentes entre os sujeitos (e suas necessidades reais) e a capacidade do Estado em ler, priorizar e satisfazer essas necessidades, é fundamental para aprofundar o debate entre o que já conquistamos no campo da saúde e o que ainda precisamos conquistar – especialmente em relação ao desenvolvimento de políticas mais efetivas no que tange à garantia de direitos e à promoção da cidadania.

2 METODOLOGIA

Este estudo de caso teve como local de pesquisa o município de Camboriú, em Santa Catarina,⁶ sendo que os dados para a análise qualitativa foram obtidos em duas etapas distintas: i) etapa 1 – análise comparativa das representações sociais das necessidades de saúde; e ii) etapa 2 – análise do processo de formação da agenda governamental da saúde. Para fins explicativos, a metodologia utilizada em cada etapa será apresentada separadamente.

2.1 Etapa 1: análise comparativa das necessidades de saúde

Os dados obtidos nesta etapa foram orientados pelos seguintes arcaouços teóricos.

- 1) Taxonomia das necessidades de saúde (Matsumoto, 1999), como instrumento de leitura das necessidades de saúde.
- 2) Teoria das representações sociais (Jovchelovitch, 2000),⁷ para a captação dinâmica e complexa das necessidades de saúde.
- 3) Metodologia de análise de conteúdo (Bardin, 2004), como instrumento de análise e comparação das necessidades de saúde apreendidas.

Por ser uma pesquisa comparativa, o percurso metodológico utilizado nesta segunda análise seguiu os mesmos passos e critérios utilizados na primeira coleta de dados realizada em 2009 (Winckler, 2009). O intervalo de oito anos entre as coletas de dados empíricos (2009 e 2016) refere-se ao tempo inicial e final de dois mandatos consecutivos exercidos pela mesma gestora, a qual esteve filiada a um mesmo partido durante o exercício das suas funções políticas e administrativas.

Em relação ao local de estudo, optamos pela análise de todo o território municipal no qual cada um dos dez bairros da zona urbana se constituiu como uma unidade de análise e, na zona rural, devido à sua extensão territorial, recorreu-se à

6. Localizado na região da foz do rio Itajaí, no estado de Santa Catarina, o município tem uma população estimada de 80.834 pessoas e um salário médio mensal de 2,2 salários mínimos. Em 2015, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 96,6%, sendo que a nota média dos alunos nos anos iniciais da rede pública da cidade foi de 5,2 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb). O PIB *per capita* do município é de R\$ 15.807,64 e o percentual das receitas oriundas de fontes externas está na casa dos 62,3%. O município apresenta 89,2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado e 31,7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). No setor de saúde, os principais indicadores mostram uma mortalidade infantil de 11,9 óbitos por mil nascidos vivos (2017), 0,2% de internações por diarreia por mil habitantes (2016) e catorze estabelecimentos de saúde (2009). Disponível em: <<https://bit.ly/3Q6A4AT>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

7. Para Jovchelovitch (2000), as representações sociais são formas de mediação simbólica firmemente radicadas na esfera pública. Assim, partimos do pressuposto de que as representações sociais são consolidadas na esfera pública: seja nos cafezinhos, nas ruas, seja nas unidades de saúde, nos programas de rádio e televisão, nas reuniões públicas e/ou comunitárias, estes espaços são os lugares onde os sujeitos sociais se encontram para falar e dar sentido ao cotidiano. No entanto, embora as percepções que serão interpretadas considerem sobremaneira o âmbito externo dos grupos sociais, as percepções de âmbito interno também serão destacadas, uma vez que as necessidades de saúde só podem ser apreendidas no âmbito individual.

divisão geográfica (microrregiões) utilizada para a estruturação do Plano Diretor de Desenvolvimento Territorial de Camboriú, em 2006 (Camboriú, 2006), totalizando, assim, treze unidades de análise.

Nesta etapa, os sujeitos da pesquisa foram os representantes de organizações da sociedade civil do município de Camboriú, especialmente aqueles vinculados às associações de moradores, residentes nos bairros da zona urbana e nas microrregiões da zona rural (tempo mínimo de um ano) e com atuação no seu território (tempo mínimo de um ano). Quando na ausência da entidade “associação de moradores” – o que se constituiu realidade em apenas um bairro da zona urbana em 2009 e em oito bairros/microrregiões em 2017 –, participaram da pesquisa representantes de outras organizações não governamentais, de voluntariado, autônomas ou religiosas. Ao total, 26 pessoas foram entrevistadas. Nos dois momentos em que a análise comparativa se embasa, a ordem da execução das entrevistas foi feita de modo aleatório, entre os meses de janeiro e fevereiro de 2009 e entre os meses de janeiro a julho de 2017. O quadro 1 apresenta a divisão territorial que organizou as unidades de análise dentro do território estudado relacionando com o sujeito da pesquisa a ela vinculado (2009 ou 2017).

QUADRO 1
Unidades de análise e sujeitos da pesquisa

Unidades de análise	Sujeitos da pesquisa (2009 e 2017)	
Bairro São Francisco – Zona urbana	Mesmo representante	E1
Bairro Tabuleiro – Zona urbana	Diferentes representantes	E2
Bairro Canhanduba – Zona urbana	Diferentes representantes	E3
Bairro Centro – Zona urbana	Diferentes representantes	E4
Bairro Areias – Zona urbana	Diferentes representantes	E5
Bairro Rio Pequeno – Zona urbana	Diferentes representantes	E6
Bairro Monte Alegre – Zona urbana	Diferentes representantes	E7
Bairro Santa Regina – Zona urbana	Mesmo representante	E8
Bairro Lídia Duarte – Zona urbana	Diferentes representantes	E9
Bairro Cedro – Zona urbana	Diferentes representantes	E10
Vila Conceição – Zona rural	Mesmo representante	E11
Rio do Meio – Zona rural	Mesmo representante	E12
Limeira – Zona rural	Mesmo representante	E13

Elaboração dos autores.

A estrutura e a concepção teórica da taxonomia das necessidades de saúde de Matsumoto (1999) foram utilizadas como roteiro para a formatação da entrevista semiestruturada e para a organização dos resultados empíricos obtidos. A análise de conteúdo (Bardin, 2004) foi utilizada como estratégia de análise das representações

sociais expressas pelos sujeitos da pesquisa, as quais foram interpretadas e comparadas tanto entre as diversas unidades de análise quanto entre os anos em que essas representações foram coletadas. Ao total, foram identificados quinze núcleos de sentido, os quais foram reagrupados dentro dos quatro eixos que constituem a taxonomia. O quadro 2 esquematiza o agrupamento destes núcleos segundo a taxonomia.

QUADRO 2

Taxonomia das necessidades de saúde e núcleos de sentido obtidos após a análise de conteúdo

Taxonomia das necessidades de saúde	Núcleos de sentido
Necessidade de boas condições de vida	Processo saúde/doença
	Condicionantes, determinantes e intersetorialidade
	Necessidades de saúde dos representantes e dos moradores
	Conceituação de problema/necessidade
	Formas de enfrentamento e responsabilidade sobre as necessidades não satisfeitas
Garantia de acesso a todas as tecnologias	Acesso aos serviços e ações de saúde
	Integralidade da assistência
	Recursos comunitários
	Potencialidades do SUS no enfrentamento das necessidades de saúde
Necessidade de ter vínculo com profissional ou com equipe de saúde	Confiança junto ao sistema e aos profissionais que integram o sistema
	Estabelecimento e tipo de vínculo
	Facilidades e dificuldades na relação entre morador e sistema de saúde
Autocuidado e autonomia	Autonomia
	Autocuidado
	Passividade e cooperação mútua

Fontes: Para taxonomia das necessidades de saúde, Matsumoto (1999); e, para núcleos de sentido, Bardin (2004).
Elaboração dos autores.

2.2 Etapa 2: análise do processo de formação da agenda governamental da saúde

Os dados obtidos nesta etapa embasaram-se nos seguintes pressupostos.

- 1) Definição de agenda governamental (Souza, 2007).
- 2) *Grounded theory* (Strauss e Corbin, 1990) e análise de significado (Taylor, 1979) enquanto métodos de coleta e análise dos dados.
- 3) Modelo de análise procedimental (Ferreira, Alencar e Pereira, 2011) para análise contextual das políticas públicas de saúde.

A utilização da *Grounded theory* e da análise de significado exigiram a utilização de entrevistas não estruturadas com os atores que vivenciaram o processo político e decisório da formação da agenda da política da saúde no município de Camboriú,

no período entre 2009 e 2016. Ao total, foram entrevistadas doze pessoas, incluindo antigos gestores da secretaria municipal da saúde, servidores públicos envolvidos com a formulação da política de saúde, ex-vereadores da Câmara Municipal de Camboriu, antigos representantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e a prefeita em exercício no período estudado. Em relação ao CMS, entrevistamos um representante de cada setor, buscando assim respeitar a paridade que o conselho ordena (Brasil, 2003). Os representantes da imprensa falada e escrita também foram incluídos no rol dos entrevistados, visto que as análises das representações sociais das necessidades de saúde, tanto em 2009 quanto em 2017, indicavam um certo protagonismo deste setor. O que precisava ser esclarecido era em que fase da política pública de saúde, de que forma e com qual intensidade esse “certo protagonismo” era exercido. O quadro 3 identifica os sujeitos da pesquisa de acordo com a sua atuação/representação. A vinculação de alguns entrevistados com mais de uma representação significa que o mesmo ou já atuou em outros setores durante o período estudado ou acumula mais de uma posição/papel na estruturação do SUS e no processo decisório.

QUADRO 3
Representantes da cúpula governamental e outros atores vinculados com a formação da agenda

Vínculo	Representante	
Executivo	Ex-gestor	R1
Executivo	Gestor	R2
Executivo	Gestor	R3
Profissionais de saúde/administração pública	Profissional	R4
Conselho municipal de saúde/profissional de saúde/gestão pública	Representante da gestão	R5
Conselho municipal de saúde	Representante dos usuários	R6
Conselho municipal de saúde	Representante dos profissionais	R7
Legislativo	Ex-vereador	R8
Legislativo	Vereador	R9
Legislativo	Vereador	R10
Mídia	Representante da imprensa local	R11
Mídia	Representante da imprensa local	R12

Elaboração dos autores.

Importante ressaltar que a identificação inicial dos atores a serem entrevistados surgiu na análise prévia dos documentos oficiais produzidos pela gestão estudada – planos, relatórios, portarias, deliberações, indicações e leis municipais. No entanto, quando a informação obtida não era suficiente para compreender o fato a ser estudado, utilizamos a “técnica da bola de neve” (Weiss, 1994), pela qual

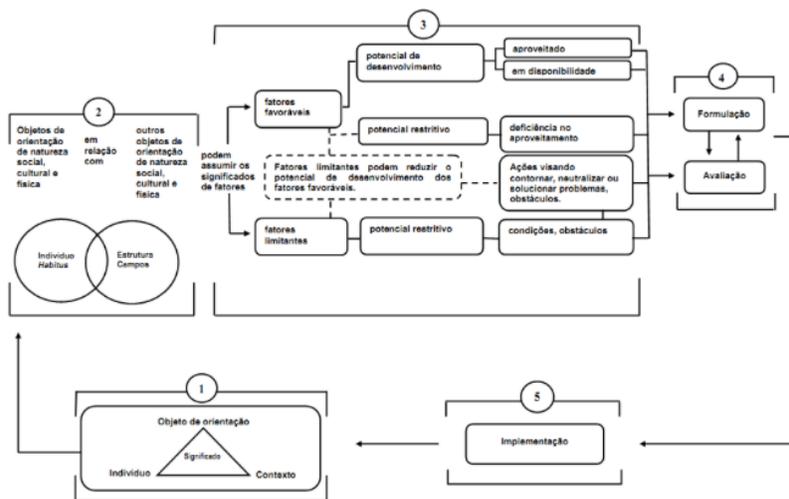
os próprios respondentes eram solicitados a identificar outros atores que deveriam ser entrevistados. As entrevistas foram realizadas entre os meses de janeiro de 2017 a maio de 2018.

A análise do processo de formação da agenda governamental seguiu a proposta elaborada por Ferreira, Alencar e Pereira (2011, p. 5) intitulada análise procedimental. Nesta proposta, os autores buscaram conjugar esforços para que as concepções de realidade dos diversos atores sociais envolvidos com as políticas públicas, sejam eles possíveis beneficiários de políticas, agentes de implementação ou simples cidadãos, possam ser consideradas na análise destas políticas. De acordo com os autores, a finalidade de elaboração deste modelo consiste, sobretudo, no fomento de informações relevantes para a tomada de decisão no processo político-administrativo em que o Estado e suas estruturas administrativas não sejam os únicos atores considerados neste processo.

Partindo desta perspectiva, o modelo proposto fundamenta-se na teoria da ação social, utilizando-se de quatro das suas principais vertentes: i) a sociologia compreensiva de Max Weber (2004); ii) a estrutura da ação social de Talcott Parsons e Shils (1968); iii) a teoria da estruturação de Anthony Giddens (1989); e iv) a prática social de Pierre Bourdieu (1996). Para compreender a dinâmica deste esquema de análise (figura 1), os autores o dividiram em cinco fases, a saber: i) esquema geral de interpretação; ii) processo de orientação; iii) categorização dos fatores em favoráveis e/ou limitantes; iv) fatores favoráveis e/ou limitantes como proposições para a formulação e avaliação das políticas públicas; e v) implementação. Duas ressalvas devem ser pontuadas: primeiro, como este estudo de caso pretende delimitar a sua análise na etapa da agenda governamental, a fase cinco deste modelo não será utilizada nesta pesquisa; segundo, apesar das quatro vertentes que estruturam a metodologia utilizada, utilizaremos a prática social de Bourdieu (1996) como nosso principal processo de orientação.⁸

8. Para Bourdieu (1998), o campo é um espaço social no qual seus participantes se engajam em relações recíprocas no transcurso de suas atividades e, conseqüentemente, o sujeito não está livre para agir de acordo com sua vontade mais imediata, pois o campo representa um espaço de forças estruturadas que molda a capacidade de ação e de decisão dos atores. Já o *habitus* pode ser definido como um sistema de esquemas de percepção, de apreciação e de ação adquiridos ao longo do tempo e que permitem aos atores sociais perceberem, agirem e evoluírem com naturalidade no universo social. O *habitus* representa um operador da racionalidade prática, sendo inerente a um sistema histórico de relações sociais, transcendendo, assim, o indivíduo. A perspectiva teórica de Bourdieu supera a antinomia entre as abordagens objetivista e subjetivista das ciências sociais, uma vez que a ciência social não tem que escolher entre esses dois polos, pois a realidade social compreende, em suas relações, tanto o *habitus* quanto a estrutura.

FIGURA 1
Modelo para a análise de políticas públicas sob a ótica processual



Fonte: Ferreira, Alencar e Pereira (2011, p. 7).
Elaboração dos autores.

Obs.: Figura reproduzida em baixa resolução e cujos leiaute e textos não puderam ser padronizados e revisados em virtude das condições técnicas dos originais (nota do Editorial).

3 ANALISANDO OS RESULTADOS

Com o objetivo de facilitar a exposição e a compreensão do cenário evidenciado, a apresentação e análise dos resultados estará vinculada às etapas metodológicas anteriormente descritas, as quais seguem, prioritariamente, os eixos que compõem a taxonomia das necessidades de saúde (Matsumoto, 1999). Já na segunda etapa – sobre a formação da agenda governamental –, devido à complexa e imbricada tessitura evidenciada no município estudado, a análise dos resultados, além da vinculação aos eixos que compõem a taxonomia, também estará articulada com o ator social em questão (gestores, profissionais da saúde, representantes do legislativo, representantes do CMS e mídia), o objeto de identificação (necessidades de saúde e agenda de governo), a natureza da orientação (campo e/ou *habitus*)⁹ e a classificação dos achados nas categorias favoráveis ou limitantes.

3.1 Sobre a análise comparativa das representações sociais das necessidades de saúde

A análise dos resultados mostrou, em relação ao tema *necessidade de boas condições de vida*, primeiro eixo da taxonomia, que, tanto em 2009 quanto em 2017, os entrevistados apontam distintas significações sobre seu universo, guardando estreita

9. Ver Bourdieu (1996).

relação entre a representação do processo saúde-doença e o contexto local. A saúde está relacionada com o corpo físico e mental, sendo a ausência de doença ou de sintomatologia dolorosa a representação mais citada. Também foi relacionada como um bem maior, como estar bem e desejar o bem, ter satisfação na realização das atividades cotidianas, ter boas relações familiares e sociais e ter disposição para o trabalho. Já o desemprego, a incerteza de uma renda mensal mínima e a não garantia de acesso aos serviços de saúde, tanto público quanto privado, encontram-se fortemente vinculados às representações de doença.

Os determinantes sociais da saúde, como alimentação, educação, moradia, prática de esportes, emprego, mobilidade urbana e saneamento básico foram citados pelos entrevistados sendo que a ênfase dada aos mesmos possui uma estreita relação com o contexto sócioeconômico de cada bairro e com o modo de vida dos indivíduos. Como exemplo citamos a mobilidade urbana nas regiões rurais e demais áreas urbanas distantes da região central do município. Importante ressaltar que em 2017 a ênfase dada aos determinantes sociais da saúde foi menor que em 2009. Quando questionados sobre a persistência e/ou superação dos determinantes no período de oito anos, a maioria dos entrevistados afirma que grande parte destes foram superados graças aos esforços do governo federal em face das suas políticas distributivas e do governo municipal na execução de obras vinculadas às questões infraestruturais. No entanto, a necessidade de acesso aos serviços de saúde construiu, tanto em 2009 como em 2017, a maioria das representações dos sujeitos, ocupando espaço de destaque na satisfação das necessidades de saúde. As seguintes falas traduzem estes achados.

Eu vejo que as condições de vida das pessoas em Camboriú melhorou nesses últimos oito anos, mas não por causa de Camboriú. Melhorou de um modo geral, nacional. Esse último governo ele tem aberto mais espaço, tem dado mais oportunidade para as pessoas. Eu não sou do PT, mas acho que esse governo melhorou muito. Você vai ver que em todo o lugar que você for fazer a entrevista eles vão dizer a mesma coisa. A vida melhorou por causa do governo nacional. A própria prefeita falou numa reunião para mim que ela que é do PSDB tinha até vontade de votar no Lula porque nunca o município de Camboriú tinha recebido tanto recurso do governo federal (Entrevistado E4, 2017).

O SUS nesses oito anos teve uma melhora em termos de unidades de saúde, muitas até. Foi construído bastante unidades de saúde, a estrutura melhorou, mas a mão de obra é que é difícil. Os exames continuam demorando uma eternidade (Entrevistado E12, 2017).

Os dados vinculados ao segundo eixo da taxonomia, *necessidade de acesso e possibilidade de consumo de toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida*, mostram que o “acesso às ações e serviços de saúde”, tanto em 2009 quanto em 2017, esteve relacionado, pelos entrevistados, com um direito garantido

constitucionalmente, viabilizado por meio do SUS, porém utilizado apenas como “alternativa” quando na ausência dos recursos financeiros e/ou de um plano privado de saúde. Os entrevistados justificam essa “subutilização” do sistema tanto pela sua complexa e lenta organização burocrática quanto pela constante e persistente dificuldade de acesso, especialmente aos serviços de maior complexidade. A representação de que o SUS é um “sistema para os pobres” também esteve presente nos dois momentos da análise e foi vinculada ora ao tema da acessibilidade ora ao tema da integralidade.

Que a pessoa que já tem dinheiro, tem uma UNIMED, se trata melhor e os outros coitados não tem como se tratarem. A gente reclama que o remédio é caro, (...) mas se vira ainda... ainda dá para comprar, mas tem pessoas que não dá, tem que ir pro SUS (Entrevistado E10, 2009).

Se a pessoa tiver paciência ela consegue ser atendido no SUS. É muita espera. Hoje eles te dizem uma coisa, depois eles dizem outra. Não dá para brigar com eles. Muitas vezes, se precisa, o negócio é pagar e pronto (Entrevistado E10, 2017).

Em relação à integralidade, entendida no sentido de políticas e respostas governamentais, a qual está relacionada com a capacidade destas em organizar o sistema de saúde e que, neste estudo, está vinculada tanto ao segundo quanto ao terceiro eixo da taxonomia, os entrevistados apontam como principal alternativa a elaboração de políticas intersetoriais capazes de dar conta dos determinantes da saúde, assim como um planejamento mais efetivo do poder público, com a presença de profissionais mais capacitados e uma gestão “livre da corrupção”. Interessante observar que, apesar de serem múltiplos os espaços e os atores envolvidos na seleção e no desempenho das melhores práticas de cuidado em saúde (Andrade *et al.*, 2013), os entrevistados não conferiram a si mesmos, enquanto representantes da sociedade civil organizada, nem às instituições que representam a responsabilidade sobre a elaboração de políticas e de respostas governamentais aos problemas de saúde. Na verdade, diferentemente de 2009 quando a totalidade dos entrevistados afirmava atuar como organizador de reuniões e/ou canalizador das solicitações comunitárias junto ao poder público local, em 2017 eles não acreditam que esse papel possa ser delegado a eles ou a qualquer outra organização civil.

Em face do esvaziamento dos canais de participação, uma prática freqüente encontrada pela população, na tentativa de garantir o direito à saúde, consiste na participação em um programa de rádio,¹⁰ no qual os moradores, após publicizarem suas necessidades não satisfeitas, têm a resolução destas garantida de forma rápida

10. O programa *Bote a Boca no Trombone*, criado em 1992, nasceu “para suprir a dificuldade de comunicação que existia entre os poderes municipais, federais, jurídicos, legislativo, polícia militar, civil entre outros para com o povo. A burocracia da época tornou o programa à voz do cidadão, o olhar defensivo da comunidade. (...) E hoje, 26 anos depois, *Bote a Boca no Trombone* continua sendo a voz do povo, auxiliando em tudo que é possível e está ao seu alcance, com foco nos apelos sociais para a comunidade mais carente. Mantendo-se como líder absoluto de audiência no horário”. Disponível em: <<https://bit.ly/3ON4veD>>. Acesso em: 6 mar. 2019.

e eficaz. Entretanto, diferentemente de 2009, já faz parte do senso comum que há uma “compra” da imprensa pelo poder público e que as demandas só conseguem ser publicamente expressas se a rádio e o poder de barganha do poder público permitirem. Outro ponto a ser destacado é que, em 2009, nenhum dos entrevistados apontou o sistema judiciário ou o CMS como alternativa para suprir as necessidades de saúde não satisfeitas. Por sua vez, em 2017, existem várias citações sobre a utilização do Ministério Público Estadual como acolhedor de denúncias quando o não acesso aos serviços de saúde é uma realidade, porém o CMS ainda permanece na obscuridade.

O que a gente vê aqui, que a gente acompanha, quando ele não consegue atendimento aqui, daqui ele vai pro posto de saúde central numa tentativa, mas não é o ideal... aí ele telefona, pega uma fichinha de telefone público, telefona para a Rádio Menina (Entrevistado E1, 2009).

A rádio já não funciona mais como antes. Os dois jornais que tem aqui são patrocinados pelo comércio e eles não têm valor de venda avulsa. O problema é que, muitas vezes, o patrocinador é amigo da prefeitura e tem conluio com ela, senão não aprova um projeto, não libera isso ou aquilo. Existe um emaranhado de interesses, um ligado ao outro que uma coisa não permite que a outra tenha independência... aquela independência saudável. Os jornais aqui são almanaques. Uma rádio comunitária que tem aqui é só religiosa. Algo que lute em favor da cidadania, que lute pelos direitos não tem. Nós não temos ninguém. Não existe uma liderança (Entrevistado E1, 2017).

Em relação ao tema *necessidade de ter vínculo com um profissional ou com uma equipe de saúde*, terceiro eixo da taxonomia, os resultados mostraram uma grande fragilidade na relação entre profissionais de saúde e usuários a qual permaneceu inalterada durante o período estudado, mas que variou de intensidade de acordo com o tipo de profissional, a forma de emprego das tecnologias, a organização e acesso aos serviços e a região estudada.

No que tange ao tipo de profissional, os entrevistados apontam para os seguintes cenários.

- 1) O “médico do postinho” tem competência técnica questionável uma vez que os encaminhamentos aos médicos especialistas constituem uma prática recorrente.
- 2) Os agentes comunitários de saúde (ACS) deveriam ser substituídos por “pessoas mais capacitadas”, sobretudo por “médicos especialistas”.
- 3) Os demais profissionais de saúde possuem treinamento insuficiente para “lidar com pessoas”.

Esta perspectiva evidenciada tanto em 2009 quanto em 2017 constrói um distanciamento entre os profissionais de saúde e os moradores, em que estes passam

a procurar o sistema somente nos “casos mais graves”, além de embasar as representações de doença e minar a potencialidade democrática do sistema.

Outro fator que também cerceou uma possível relação de intersecção mais próxima e humanizada entre usuários e trabalhadores da saúde foi a alta rotatividade profissional a qual teve, como consequência prática, tanto a frágil relação entre os sujeitos implicados quanto o esvaziamento significativo da região rural pelo movimento migratório dos moradores em busca de locais onde o direito à saúde não fosse tão incerto. Na fala dos entrevistados, essa dado se traduz em: “o problema é que a rotatividade aqui é muito grande. Não dá nem tempo de conhecer o médico, então como eles vão conhecer o bairro se não fica nenhum médico aqui? Sem contar que muitos são recém-formados e inexperientes” (Entrevistado E8, 2017).

Por fim, os dados obtidos vinculados ao último eixo da taxonomia, *necessidade de autonomia*, indicam que as práticas de saúde ainda são inexpressivas para a satisfação deste eixo e que o modelo executado ainda permanece focado na doença e incapaz de modificar o contexto em que as pessoas vivem. No ano de 2017, quando questionados sobre a participação em atividades desenvolvidas pelo SUS, a maioria dos entrevistados fez menção ao programa Hiperdia¹¹ e à existência das academias da saúde como uma atividade relacionada ao SUS. Entretanto, assim como em 2009, a vinculação dos entrevistados com o programa ainda permanece no campo abstrato, seja pelo fato de que o horário das atividades vinculadas ao programa coincide com o horário de trabalho das pessoas, seja porque os mesmos não são, ainda, portadores das patologias a que o programa se destina.

O tema *autonomia* foi citado por todos os entrevistados tanto na sua ausência – enquanto causa da existência das necessidades não satisfeitas – quanto como uma forma de enfrentamento quando necessidades não satisfeitas estão presentes. Nesta dicotomia, a relação entre quem cuida e quem é cuidado, a qual já se encontra fragilizada pelas condições descritas anteriormente, ainda se depara com relações autoritárias, que aprisionam o saber e, conseqüentemente, a capacidade dos sujeitos de cuidar/andar da própria vida. Curiosamente, a análise comparativa dos dados revelou que esta condição, que em 2009 ainda gerava uma forte relação de dependência entre os sujeitos, em 2017 encontra-se mais liberta. Neste intervalo de oito anos, um novo ator surgiu de forma contundente, permitindo o acesso às informações de forma mais rápida e acessível, alterando a forma com que os sujeitos se relacionam: a comunicação digital.

11. O programa Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. Disponível em: <<https://bit.ly/3GXfSNM>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

Eu não confio nos profissionais que estão lá porque eu tenho que marcar uma consulta. Então eu procuro na internet, em outros meios, mas ali não. Se eu tivesse um acesso mais facilitado eu procuraria. Mas eu não confio neles porque eu acho que eles não são preparados para isso (Entrevistado E9, 2017).

Se eu tenho dúvidas eu não vou no posto, eu já procuro na *internet*, vou no Google. A gente faz uma pesquisa, escreve o que está sentindo. Eu vou lá porque é mais fácil, porque você já está em casa, você está com o telefone na mão e já acessa ali e tem o retorno imediato (Entrevistado E3, 2017).

Temos, agora, usuários que, ao dialogarem na rede, adquirem uma nova forma de organização das informações, de se relacionar perante os problemas e de dialogar com os atores (Di Felice e Lemos, 2014), com implicações para o SUS que ainda precisam ser mensuradas.

3.2 Sobre a análise do processo de formação da agenda governamental da saúde

Eleita em 2008 com 63,73% dos votos válidos e apoiada por uma ampla coligação partidária, o primeiro mandato da prefeita coincide, no âmbito federal, com uma mudança no foco da agenda governamental da saúde, que passa da ênfase exclusiva na implementação gradativa do SUS para ações articuladas, e com saldo extremamente positivos, entre os determinantes da saúde e o desenvolvimento (Menicucci, 2011). Após quatro anos de um governo considerado como bom/ótimo pelos entrevistados, a prefeita foi reeleita ainda no primeiro turno com 54,71% dos votos válidos. Seu plano de governo para o segundo mandato incluía as propostas descritas adiante.

- 1) Construção e readequação das unidades de saúde.
- 2) Ampliação do programa de saúde da família e de saúde bucal.
- 3) Ampliação do atendimento médico com o funcionamento da Unidade de Pronto Atendimento (UPA).
- 4) Informatização da saúde.
- 5) Melhorar a eficiência e a dignidade no transporte de pacientes.
- 6) Ampliação do programa Hiperdia.

No âmbito federal, as políticas de saúde implantadas visavam à continuidade de algumas áreas como a vigilância e a atenção básica, além da adoção de programas específicos como a expansão das UPAs e o programa Mais Médicos (Machado, Lima e Baptista, 2017).

Neste contexto brevemente descrito, a compreensão do conceito de necessidades de saúde enquanto *necessidade de boas condições de vida*, apesar do destaque dado pela sociedade civil organizada e da ênfase dada pelo governo federal, não

perpassou a fala de nenhum dos entrevistados vinculados à formação da agenda governamental da saúde, tão pouco foi mencionada nos planos de governo, esteve timidamente presente no plano municipal de saúde (PMS) e foi traduzida prioritariamente pelo legislativo, por meio de suas indicações, como a “necessidade de praças e academias de saúde”. Especialmente em relação ao PMS, dada a sua importância enquanto instrumento de gestão, bem como a sua potencialidade em captar as necessidades de saúde da população de um território sanitário adstrito (Brasil, 2009; 2016), a análise do único plano disponibilizado pelo município durante o período estudado mostrou, assim como no estudo de Nascimento e Egry (2017, p. 864), que as ações de reconhecimento das necessidades de saúde estiveram centradas nas doenças e em seus respectivos riscos, distanciando-se da compreensão de saúde socialmente determinada, logo, das proposições de intervenções intersetoriais e com potencialidade para responder a essas necessidades a partir do mapeamento de grupos sociais vulneráveis.

Este contexto de “não correlação” entre o conceito de necessidades de saúde e as condições de vida da população pode estar relacionado com dois aspectos, conforme resumido adiante.

- 1) A compreensão de que as políticas e ações governamentais vinculadas aos determinantes sociais, apesar de interligadas, não estão sob responsabilidade direta de execução do SUS (Silva, 2012; Buss e Pelegrini Filho, 2007).
- 2) A persistente preponderância do enfoque médico biológico na configuração da saúde pública reforçando a chamada biomedicina (Camargo Junior, 2005; Nascimento e Egry, 2017).

Ambas as possibilidades que se organizam ora como campo, ora como *habitus*, tem potencial para desencadear, e também explicar, as demais representações de saúde que já foram apresentadas, bem como os reflexos limitantes que este enfoque exerce no *agenda-setting*.

Se as condições de vida das pessoas não ocupam um lugar de destaque, o que estes atores entendem por necessidades de saúde? Diante deste questionamento, todos os entrevistados – sem exceção – mencionaram o acesso aos serviços de saúde, especialmente os assim chamados de média e alta complexidade, como significado do conceito. Nesse sentido, apesar dos investimentos federais que permitiram o município ampliar tanto a sua capacidade instalada (dez novas unidades básicas de saúde foram construídas) quanto o número de equipes de estratégia de saúde da família (sete novas equipes foram cadastradas), o tema *acesso aos serviços de saúde* não foi retirado da lista das necessidades de saúde a serem satisfeitas.

Parte desta condição está no fato de que o município, por estar habilitado pela portaria GM/MS nº 399 como gestão plena da atenção básica, depende em

grande medida do cumprimento das programações pactuadas integradas (PPI) para o acesso efetivo à estes serviços. Caso as pactuações não sejam garantidas, tanto o acesso quanto a integralidade da atenção ficam comprometidos, mesmo com a expansão da atenção básica, subsidiando assim a representação social de um SUS “para pobres” (Paim, 2011) e reafirmando o baixo poder de utilização dos usuários frente à resistência oferecida pelos serviços de saúde (Spedo, Pinto e Tanaka, 2010).

Apesar da ampliação da possibilidade do acesso aos serviços especializados não estar presente entre as propostas para a saúde no plano de governo (2012), a principal ação implantada para satisfazer essa necessidade permanentemente insatisfeita foi muito pontual: compra de exames e consultas médicas especializadas via consórcio intermunicipal de saúde. Esta prática, que compõe a estruturação do campo e que pode estar associada de forma favorável ao processo de regionalização da saúde (Neves e Ribeiro, 2006), neste estudo de caso, foi utilizada sobremaneira pela gestão nos períodos que antecederam o período eleitoral como forma de maximizar o apoio popular e, conseqüentemente, garantir a sua sobrevivência político-eleitoral. Na fala dos entrevistados, este dado se traduz conforme exposto a seguir.

Nesses oito anos aumentou a demanda por exames e consultas. Se antes nós fazíamos dez endoscopias, agora passou a fazer doze. Só que essa correção, feita pelo consórcio, levou três anos e meio para ser feita, ou seja, somente a cada eleição. Foi feito em 2012 e depois em 2016 (Representante R7, 2017).

Interessante observar que outros atores envolvidos no processo decisório também se beneficiaram dessa crônica fila de espera construindo uma alternância entre a categorização favorável e restritiva conforme o ator em questão. Nesse sentido, apesar de os representantes do poder legislativo verbalizarem o quão injusta é esta condição, eles também visualizaram a potencialidade da mesma em agregar valor de uso à sua legislatura e às suas futuras intenções políticas. Destaque para a culpabilização conferida aos usuários dos serviços de saúde, uma vez que são estes que “procuram” os vereadores para se beneficiarem desta relação clientelística.

Na verdade, o vereador é o para-choque. Se você olhar, o vereador, independentemente de sigla partidária, ele está na frente, ele vai fazer visitas, ele vai pra rua. Hoje nós estamos em quinze vereadores aqui na CV, (...) e a prefeita é uma só. Hoje tem exame que está demorando um ano. Então, a pessoa está morrendo e não sabe o diagnóstico e isso é complicado. O que acontece? A população vai te cobrando. Aí existe a politicagem porque eu sei que tem gente aí, que foi candidato a vereador, que passou o que era de interesse deles na frente, os eleitores deles na frente para fazerem exames. E aquele que não conhece ninguém e ainda não fez o exame? Que está há seis meses na fila de espera? Isso me deixa triste. Então, quem é cobrado diariamente são os vereadores, não tem como. Então, a justificativa das indicações é realmente a população. Não é que a gente ia a procurar a população para saber o que estava faltando na cidade. Dizer que nós fazíamos isso era mentira. Eu nunca fiz essa pergunta para pessoa nenhuma (Representante R8).

Se ele tem um vereador que pode resolver o problema dele, ele não quer nem saber. Se ele tem uma ressonância, ele entrega isso para mim, eu vou lá na Secretaria da Saúde, eu não quero saber se tem quatro na fila. Eu quero saber de resolver o problema dele. E às vezes o problema dele é uma coisa mínima, é uma dorzinha, mas tem aquele que precisa que está na fila (Representante R10).

Dentre todos os formatos de proposições legislativas possíveis, o mais utilizado pela Câmara de Vereadores de Camboriú foi o das indicações. No período entre 2009 a 2016, foram feitas 137 indicações vinculadas à saúde, sendo que 67 deste total estavam relacionadas com o acesso aos serviços de saúde (construção, ampliação, reforma e manutenção de UBS e/ou serviços especializados) e outras treze vinculadas não só ao acesso aos serviços mas também à integralidade da assistência (contratação de profissionais médicos especialistas e compra/distribuição de medicamentos). Esses dados encontram eco tanto nas representações sociais das necessidades saúde expressas pela sociedade civil, quanto nos relatos dos representantes do legislativo em relação à proximidade cotidiana com seus eleitores e, conseqüentemente, com suas demandas. Entretanto, uma leitura qualitativa dessas indicações mostra o quanto elas foram pontuais e repetitivas em relação à sua forma e conteúdo, conferindo ao poder legislativo um papel eminentemente reativo frente a estas necessidades de saúde. Outro ponto a ser destacado é o baixo impacto que estas indicações tiveram na elaboração de projetos de lei que alterassem a agenda governamental, uma vez que da análise transversal destas duas formas de proposições legislativas, com exceção das solicitações para construção de unidades básicas de saúde, apenas uma resultou na possibilidade/ampliação do acesso aos serviços de saúde.¹²

Os profissionais de saúde também visualizaram a predominância do segundo eixo da taxonomia como a principal necessidade de saúde a ser satisfeita. Entretanto, eles não conseguiram qualificar, quantificar ou mesmo apontar alternativas para a superação deste contexto. Parte desta condição é justificada pela dificuldade que estes atores têm em compreender os indicadores básicos de saúde e as pactuações decorrentes destes. Nesse sentido, o estudo publicado por Costa e Miranda (2010) ainda se mostra atual, uma vez que a distância que separa a clínica e a epidemiologia, a saúde individual e coletiva, a formação técnico-científica, a ético-humanística e política, a teoria e a prática, permanece ativa e compromete a formação e a posterior atuação dos profissionais.

Eles (os profissionais de saúde) não têm conhecimento. A formação deles não dá conta de desenvolver esse trabalho no sistema. Eles não sabem o que é um indicador, o que é pactuado no Sispacto, muitos tem que trabalhar porque está na pactuação, mas eles não sabem o que isso significa (Representante R1).

12. Projeto de Lei nº 64/2011, o qual dispõe sobre a distribuição gratuita de preservativos femininos, e dá outras providências.

Eles sabem de acordo com as demandas que aparecem, de acordo com os usuários que aparecem nas unidades de saúde, de acordo com o que eles veem acontecendo... eles sabem assim nesse sentido. Só naquilo que vem até eles, nas demandas e daí essas se traduzem em necessidades. Não tem um planejamento onde o agente comunitário de saúde vai lá na realidade e diz: “ah, vamos fazer um grupo de alguma coisa, de qualquer coisa”. Isso não tem e, nas raras vezes que tem, depende do perfil do profissional (Representante R4).

Aos representantes do CMS podemos atribuir tanto fragilidades quanto potencialidades na leitura desta necessidade. A análise das sessenta atas das reuniões ordinárias/extraordinárias do conselho (2009-2015) mostrou poucas e pontuais menções sobre o tema, as quais estavam diretamente vinculadas à necessidade de médico pediatra, à falta de medicamentos e acesso a cirurgias eletivas. Entretanto, a análise das entrevistas revelou a existência de uma percepção sincronizada com os demais atores vinculados ao processo de *agenda-setting* no que tange à ênfase conferida a este eixo da taxonomia. Diante do exposto e considerando o esperado protagonismo conferido ao CMS na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, resta-nos questionar o que subsidia este vazio evidenciado.

De acordo com Esperidião (2014), entre os principais problemas relativos às dificuldades de operacionalização dos conselhos de saúde destacam-se: baixa visibilidade, representação e representatividade; burocratização; precariedade de estrutura; baixa qualificação e informação dos conselheiros; fisiologismos; cooptação, autoritarismo, corporativismo, atuação de partidos políticos; insuficiência do conselho na formação cidadã e imprecisão sobre o chamado “caráter deliberativo” atribuído aos conselhos. Acreditamos que a co-existência de todos os problemas acima listados, os quais se alternam entre campo, *habitus* e o espaço proveniente da intersecção destes, não apenas dificultam a operacionalização dos conselhos, como também explicam a distância entre o que é percebido e o que é efetivamente discutido e decidido. Além do mais, este achado também aponta para as consequências práticas desta condição: uma atuação meramente cartorial no processo de decisão e gestão do SUS com nenhuma influência sobre o *agenda-setting*. Na tipologia de Pretty *et al.* (1995), o panorama evidenciado se traduziu em uma participação que se organiza entre as categorias manipulativa, passiva, por consulta e intencional, sem nunca ascender para a tão esperada participação interativa ou para a automobilização.

Tudo o que se tenta construir positivamente se desmancha rapidamente porque a partir do momento que eu sou aliado do gestor eu vou fazer, mas se eu já não sou mais aliado e ele quiser usar o conselho nos modelos que estão hoje ele derruba tudo, ele desconstrói tudo. É dessa forma que ele está configurado. Não tem poder decisório e independência para fazer isso. Até uma câmara de vereadores o prefeito tem como manipular. Então você imagina um conselho com os pobres mortais que estão frequentando e que não tem a menor noção do poder deles. E eu acredito que essa nossa realidade seja a mesma na grande maioria dos municípios: assiduidade baixa, pessoas sem poder decisório e assim por diante (Representante R7).

Olha, até então, as reuniões que eu participei, elas não foram produtivas porque elas nunca trouxeram a realidade de fato, as necessidades do município. Como eu falo: as reuniões ela até podem ter sido produtivas no aspecto do executor, do executivo porque foram lá e aprovaram o que o executivo precisava que fosse aprovado, como metas de saúde por exemplo (Representante R5).

Juntamente com o “acesso aos serviços de saúde”, o terceiro eixo da taxonomia, *necessidade de ter um vínculo com um profissional ou equipe de saúde*, também foi caracterizado por todos os sujeitos da pesquisa, de ambas as etapas, como um dos pontos nevrálgicos do sistema de saúde e uma necessidade urgente a ser satisfeita. Entretanto, na mesma medida em que a sua potencialidade foi evidenciada, as consequências da ausência de ações vinculadas ao tema também receberam destaque, especialmente pelos sujeitos diretamente implicados – trabalhadores de saúde e usuários do sistema. As causas desta frágil relação foram traduzidas como “alta rotatividade dos profissionais de saúde” e como “falta de atendimento humanizado” e as suas justificativas variaram de acordo com o ator entrevistado.

Em relação à primeira, segundo os representantes do executivo, apesar desta necessidade estar presente nos planos de governo, no plano municipal de saúde e demais instrumentos de gestão, a sua “não ação” teve como justificativa a ausência de recursos financeiros que viabilizassem tanto a ampliação do quadro de funcionários efetivos quanto o incremento no piso salarial dos mesmos.¹³ Ou seja, todas as justificativas encontram-se delimitadas no âmbito do campo. Por sua vez, para os profissionais da saúde, esta rotatividade tem uma intencionalidade clara: permitir o controle das suas ações, cercear suas possíveis reivindicações e impedir qualquer manifestação contra a gestão política-administrativa do município. Os vínculos precarizados de trabalho, mantidos pelos constantes processos seletivos simplificados e contratos de prazo determinado, ao mesmo tempo que eliminam a possibilidade de um sujeito transformador e protagonista das práticas e políticas de saúde baseadas nas necessidades de saúde da sua comunidade também reduzem o profissional da saúde a um mero realizador de tarefas previamente estabelecidas pela gestão (Batista e Gonçalves, 2011). Na fala destes profissionais, esse controle intencional de corpos e mentes se traduz da seguinte forma:

é sempre o mesmo problema: Camboriú não tem concurso. A rotatividade é gigante. A gente teve, só no ano de 2016, quatro processos seletivos para médicos e isso prejudica demais. Também tem uma rotatividade enorme dos agentes comunitários de saúde. (...) Eu vejo que estes profissionais não estão capacitados para o trabalho

13. De acordo com o Plano Municipal de Saúde (Camboriú, 2010), no ano de 2009, o município contava com um total de 356 funcionários, sendo que deste total somente 73 eram efetivos. Uma análise aprofundada deste Plano e dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) mostra que, desde 2009 até 2017, o tema equacionamento da capacidade gerencial (efetivação do quadro de profissionais) e a demanda, apesar de constante dentro da política municipal de gestão de pessoas, não logrou ultrapassar a proposta de “elaboração de um plano de carreiras, cargos e salários”.

e como tem essa rotatividade, eu não consigo fazer uma capacitação. (...) Então, esse agente de saúde que está entrando ele vai aprender com os agentes que já estão trabalhando e com a enfermeira, que se por sorte ela não tiver trocado também! E a gente trabalha assim. Eles não estão sendo bem preparados para o trabalho, a rotatividade está atrapalhando bastante essa leitura das necessidades, a gente não está conseguindo. Nós precisamos de um concurso público (Representante R4).

Todas as cidades aqui da região têm concurso público, mas nós não temos. Todas as cidades da região recebem o incentivo do PMAQ, mas nós não recebemos. Tivemos uma vitória ano passado que foi a insalubridade que nós nunca tivemos e isso foi uma grande vitória do sindicato. Nenhum funcionário lutou por isso, a não ser os funcionários concursados que entraram no sindicato e lutaram por nós. Nenhum de nós teve coragem de ir (Representante R4).

A ausência de ações educacionais contínuas para a formação e qualificação do cuidado em saúde – traduzidas pelos entrevistados como a necessidade de “capacitação para a humanização” ou “capacitação para o atendimento nos postos” – foi citada como a principal causa para a “falta de um atendimento humanizado”. No entanto, apesar de repetidamente encontrado tanto na fala dos entrevistados quanto nos produtos da gestão, este tema não logrou ascender à agenda de governo durante o período estudado. De acordo com os responsáveis pela cúpula governamental, a justificativa para esta “não ação” estaria na presença de outras necessidades de saúde que, na elaboração da agenda decisional (Kingdon, 2003), foram consideradas mais prioritárias, relegando, por oito anos, a sua permanência na agenda sistêmica ou não governamental (Pinto, Silva e Baptista, 2014). Esta condição de “não ascensão” constitui-se um ponto relevante nesta pesquisa, uma vez que nos leva a questionar o que precisa ser considerado para que uma necessidade (ou sua parte constituinte) passe a fazer parte da agenda governamental.

As entrevistas revelaram que, seja por causa ou como consequência de um contexto/cultura pouco participativa, os fatores que subsidiam a tomada de decisão possuem uma classificação de inclusão e de prioridade essencialmente personalistas, ou seja, eles estão diretamente vinculados ao perfil, à formação, à experiência profissional e às futuras intenções políticas do gestor. Soma-se ao descrito que, neste espaço que oscila entre a discricionariedade do gestor público (Mello, 2006) e as restritas possibilidades de decisão dadas pelo contexto do federalismo descentralizado brasileiro (Gomes, 2016), nenhum dos atores/instituições avaliados nesta pesquisa, com exceção da prefeita e dos gestores da saúde, tiveram influência no processo decisório. Nem mesmo a imprensa – apesar de amplamente reconhecida pela população como um meio eficaz para o acesso aos serviços de saúde e, pelos gestores, como um instrumento cotidiano de leitura das necessidades de saúde – teve a capacidade de intervir e/ou modificar o *agenda-setting*. As falas dos entrevistados ilustram essa assertiva.

Eu quero crer que o gestor da saúde vai até a base, pois eu não vou. Eu vou até a gestora. Da gestora eu vou para quem eu atendi e para a pesquisa de opinião. Eu tenho três pontos. A informação que a gestora da saúde traz numa concepção dessa quero crer que seja fruto de reunião com a equipe. Eu espero, eu acho (Representante R3).

Eu baseei meu planejamento nas coisas que me causavam insatisfação. Foi assim que eu planejei (Representante R2).

As decisões sempre foram muito centralizadas. Uma visão do gestor. Nenhuma pesquisa foi feita, ninguém foi questionado, nada. Nem os profissionais. (...) Era tudo entre o gestor e a prefeitura no setor de planejamento. (...) A gente se utilizava da questão técnica para dizer que não podia ser daquele jeito. Mas a discussão era só dessa maneira (Representante R5).

Os planos de saúde vinham realmente pré-elaborados e a gente discutia, tomava conhecimento, ponderava, mas dificilmente se mudava alguma coisa. Ele já estava estruturado (Representante R4).

Quando você tem um gestor que se baseia na sua visão empírica da realidade para construir a agenda de governo você vai ter como resultado uma saúde de péssima qualidade. Se você tem uma secretária com capacidade técnica, com visão de gestão, você vai ter outro resultado, mesmo com as dificuldades orçamentárias você vai ter uma saúde de melhor qualidade (Representante R7).

A prefeita não dá bola para as reclamações do rádio, nem a secretária. Eu também não dou bola (Representante R9).

Eu acho que nem o jornal nem outro veículo de imprensa alterou o que já estava decidido pelo executivo. Acho que dentro do governo da Luzia isso não definiu nada. No segundo mandato mesmo (...) eles não estavam nem aí para a *Hora do Brasil*, para nada. Ela fez o que ela quis (Representante R12).

Assim como o primeiro eixo da taxonomia, o último eixo, *necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de "andar a vida" na construção do sujeito*, também não foi mencionado pelos sujeitos vinculados à segunda etapa desta pesquisa como parte integrante do conceito de necessidades de saúde. Este achado é facilmente explicado pela proximidade conceitual existente entre as práticas para a construção da autonomia e os determinantes sociais da saúde (Fleury-Teixeira *et al.*, 2008). Neste espaço de ausências, as políticas de saúde adquirem um contorno e uma possibilidade de alcance muito limitadas, uma vez que, por estarem sobremaneira centradas na doença e nos seus riscos, pouco auxiliam no fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde (Czeresnia e Freitas, 2003).

Com a medicalização das necessidades de saúde reinando quase que de forma absoluta, várias concepções sociais se (retro)alimentam cotidianamente: de que quase tudo tende ou pode ser considerado um problema de saúde, a ser tratado por um profissional de saúde (em geral, um médico); que profissionais de saúde, remédios e tecnologias de tratamento, propagandas televisivas e outros vão gerando, alimentando

e absorvendo isso; e que a indústria dos remédios, das cirurgias e do conhecimento médico cresce na proporção em que cada vez mais parece ser necessária, num movimento em que mais e mais redes profissionalizadas oferecem-se para classificar, diagnosticar e tratar quase tudo (Tesser, 2010).

Nesse sentido, nem mesmo as políticas federais orientadas por um conceito ampliado de saúde – as quais pautaram todo o período estudado e que comumente influenciam os entes subnacionais na formação das suas agendas de governo (Winkler, 2015; Gomes, 2016) – foram capazes que modificar o que foi/é decidido pelo mercado. Nessa correlação desigual de forças, marcos essenciais que deveriam organizar o pensar e o agir em saúde pública, especialmente na perspectiva da promoção da saúde (Lalonde, 1974; WHO, 2002), são ignorados e deixam mais distantes a possibilidade de construção de um sistema de saúde em que o valor por ele gerado esteja voltado especialmente para o seu usuário.

O quadro 4 apresenta a análise procedimental do contexto acima mencionado de acordo com o modelo proposto por Ferreira, Alencar e Pereira (2011), destacando os principais achados da pesquisa e a suas correlações com os atores vinculados ao *agenda-setting*, com o processo de orientação (Bourdieu, 1996) e a sua categorização entre fatores favoráveis (com potencial de desenvolvimento ou restritivos) e os fatores restritivos.

QUADRO 4

Análise procedimental dos principais achados da pesquisa de acordo com o modelo proposto por Ferreira, Alencar e Pereira (2011)

Atores		Fatores favoráveis com potencial de desenvolvimento	Fatores favoráveis com potencial restritivo	Fatores restritivos
Executivo <ul style="list-style-type: none"> Principal ator na definição da agenda de governo Leitura pontual e reducionista das necessidades de saúde 	<i>Habitus</i>	-	Perfil, experiência e intencionalidade do gestor	Centralização do poder decisório no gestor
				Clientelismo
	<i>Habitus versus Campo</i>	-	Consórcios de saúde/momento político (período eleitoral)	Visão equivocada sobre o processo democrático
				Coerção dos profissionais da saúde e da sociedade civil organizada (relação de dependência com o poder público)
Campo	Instrumentos de gestão do SUS	Formação da agenda municipal baseada na agenda federal	Formação da agenda municipal baseada na agenda federal	Ausência de recursos financeiros
	Formação da agenda municipal baseada na agenda federal			

(Continua)

(Continuação)

Atores		Fatores favoráveis com potencial de desenvolvimento	Fatores favoráveis com potencial restritivo	Fatores restritivos	
Profissionais da saúde <ul style="list-style-type: none"> Pouca ou nenhuma influência na definição da agenda de governo Leitura frágil das necessidades de saúde 	<i>Habitus</i>	-	Perfil do profissional	Coeção do poder executivo (vínculos de trabalho)	
	<i>Habitus versus Campo</i>	-	Perfil e formação do profissional	Baixo comprometimento com o SUS	
	Campo	Indicadores de saúde	-	-	Formação acadêmica insuficiente/ ausência de formação continuada
					Ausência de instrumentos efetivos para uma leitura ampliada das necessidades de saúde
				Alta rotatividade	
				Ausência de planos de carreira, cargos e salário do SUS	
Conselho de saúde <ul style="list-style-type: none"> Pouca ou nenhuma influência na formação da agenda de governo Leitura frágil e muito pontual das necessidades de saúde 	<i>Habitus</i>	-	-	-	
	<i>Habitus versus Campo</i>	-	-	Baixa representatividade	
				Politização político-partidária do conselho	
				Manipulação do conselho pelo poder executivo	
				Baixa capacidade argumentativa de análise dos conselheiros	
	Campo	Indicadores de saúde	-	Processo de escolha/indicação dos conselheiros	Forma de agendamento e construção da pauta das reuniões do conselho
Conferências de saúde e instrumentos de gestão do SUS		Complexidade da gestão/termos próprios do SUS			
Regimento interno do Conselho de Saúde		-			
	Composição do conselho (potencial democrático)	-	-	-	
Legislativo <ul style="list-style-type: none"> Pouca ou nenhuma interferência na formação da agenda de governo Leitura frágil das necessidades de saúde 	<i>Habitus</i>	-	-	Clientelismo	
	<i>Habitus versus Campo</i>	Constitui-se um espaço representativo e democrático	Rádio e demandas eleitorais como instrumento de leitura das necessidades de saúde	Manipulação do legislativo pelo poder executivo	
			Resolução pontual das necessidades de saúde não satisfeitas, especialmente as vinculadas aos serviços de saúde	Baixa capacidade argumentativa e de análise dos indicadores de saúde pelos vereadores	
Campo	-	-	-	Complexidade da gestão/termos próprios do SUS	

(Continua)

(Continuação)

Atores		Fatores favoráveis com potencial de desenvolvimento	Fatores favoráveis com potencial restritivo	Fatores restritivos
Mídia <ul style="list-style-type: none"> Pouca ou nenhuma interferência na formação da agenda de governo Leitura frágil e pontual das necessidades de saúde 	Habit	-	Dependente do perfil do jornalista/empresa	Poder de barganha/compra do poder executivo
				Instrumento político
	Campo	-	"Filtros" das necessidades de saúde e serem publicizadas	Não gera o empoderamento da sociedade
				Resolução pontual das necessidades de saúde não satisfeitas
		Permite o acesso aos serviços de saúde	-	Fragiliza as instituições representativas do SUS e da sociedade civil organizada
		Permite uma leitura sistemática das necessidades de saúde por vários atores vinculados à formação da agenda		

Fonte: Ferreira, Alencar e Pereira (2011).
Elaboração dos autores.

Diante dos dados apresentados, a conjuntura que se coloca para o SUS no que tange à relação existente entre as necessidades de saúde expressas pelos seus usuários e as políticas de saúde desenvolvidas no município estudado para esta finalidade assemelha-se a um tecido social repleto de nós e vazios conceituais e estruturais, que se alternam entre campo, *habitus* e suas interseções. São vários os fatores que constroem e explicam essa metáfora. O primeiro está relacionado com os diferentes entendimentos que os sujeitos/atores possuem sobre o conceito de necessidades de saúde e os reflexos práticos desta condição: um verdadeiro nó em torno do segundo e do terceiro eixo da taxonomia e amplos vazios em torno do primeiro e do quarto eixo. Entrelaça-se a esta primeira tessitura, um segundo tecido composto tanto pelos vazios formatados pela ausência de instrumentos para a leitura ampliada das necessidades de saúde, quanto pelos persistentes nós relacionados com a baixa capacidade e/ou incapacidade dos atores em utilizar os instrumentos de leitura já existentes. As questões subjetivas do processo político (clientelismo, perfil do gestor, coerção, manipulação, compra de apoio), ao mesmo tempo que reforçam determinados nós, também ampliam os vazios já existentes deste primeiro tecido. Os diferentes tempos que organizam uma legislatura (período pré e pós-eleitoral) dão a cadência da costura.

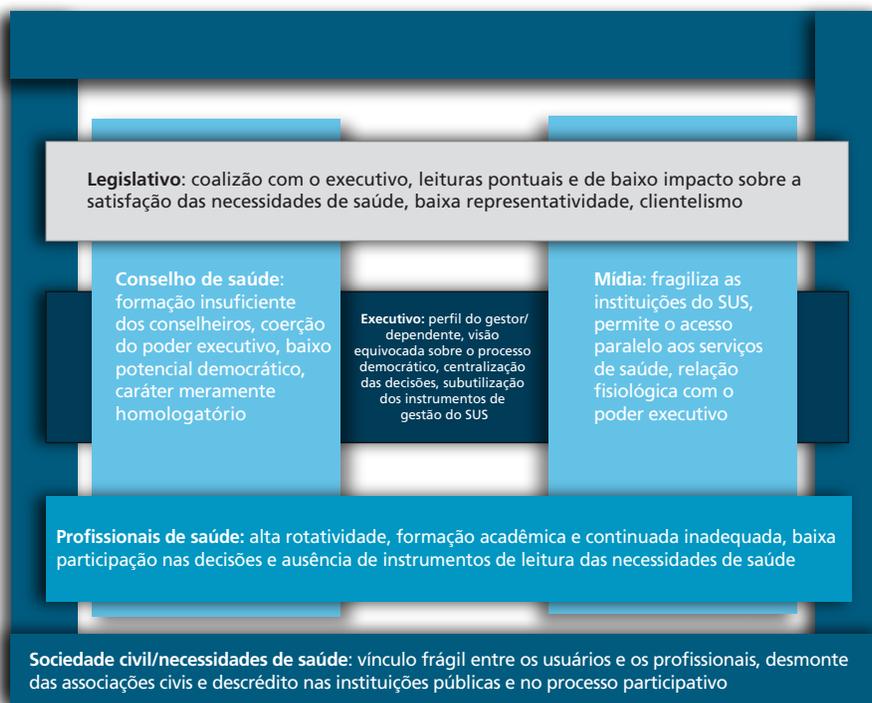
Nesta alternância entre nós e vazios, o único espaço permitido às necessidades de saúde é o das "franjas" deste tecido. Esta condição de "lateralidade", ou seja, de não ser/fazer parte da trama principal, explica tanto os resultados evidenciados

nesta pesquisa – a representação social de um SUS “para os pobres” e a baixa potencialidade do mesmo na satisfação das necessidades dos seus usuários – quanto os principais problemas que o sistema de saúde ainda enfrenta (Cohn, 2006).

A figura 2 sintetiza a tessitura evidenciada destacando os principais fatores restritivos vinculados aos atores envolvidos com a *agenda-setting* e que, neste estudo de caso, impedem as políticas do SUS de se consolidarem enquanto um direito garantido constitucionalmente. Destaque tanto para a posição secundária dada à sociedade civil organizada e suas necessidades de saúde quanto para a posição central do poder executivo na formulação e implementação das políticas de saúde.

FIGURA 2

Análise interpretativa das tessituras existentes entre as necessidades de saúde e a formação da agenda governamental



Elaboração dos autores.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do espaço existente entre as necessidades de saúde e a formação da agenda governamental revelou a existência de um tecido social composto por uma trama que se alterna entre nós e vazios conceituais e estruturais, costurada

por vários atores e que tem servido para múltiplas finalidades. Indicou, ainda, as potencialidades de um sistema de saúde que ainda esperam para serem exploradas, como a ampliação dos espaços democráticos, o fomento à cultura da deliberação participativa e, sobretudo, a potencialidade que a incorporação de outros saberes possui “quando no” e “para o” processo decisório. Entretanto, os dados também evidenciaram verdadeiros nós que (retro)alimentam a permanência de necessidades de saúde não satisfeitas: a insuficiente capacidade técnica e institucional para a leitura das necessidades, a rotatividade profissional, a decisão personalista do gestor e a manipulação dos atores e instituições conforme os interesses em jogo.

Todos, sem exceção, operam de forma contínua e com graus de intensidade que variam, sobretudo, de acordo com o momento político. Nesse ato de tecer, identificar quem costura, como costura e o que é costurado (campo *versus habitus*) é, muitas vezes, uma tarefa quase impossível de ser feita dado as exigências metodológicas e, sobretudo, as questões subjetivas do processo político. Entretanto, o que tem permanecido na contramão deste processo e, por isso, de fácil visualização – como se ocupasse as “franjas” deste tecido – são as necessidades de saúde das pessoas e suas lutas cotidianas em busca do seu reconhecimento e satisfação. Essas necessidades de saúde não deveriam ser compreendidas pelos atores locais apenas como “franjas deste tecido”, pois isso remete a um papel secundário que as mesmas têm assumido na gestão de políticas de saúde no município estudado, principalmente, no que diz respeito à fase estudada, ou seja, a formação da agenda. Na gestão de políticas em saúde, as categorias que integram a taxonomia sobre necessidades de saúde, delimitadas por Matsumoto (1999), devem tanto pautar quanto orientar as fases de formulação e implementação, podendo ser utilizadas também como referência para a construção de indicadores para avaliar a eficácia e efetividade das políticas públicas deste setor social, que é um dos mais importantes para o alcance da cidadania.

Por fim, é fundamental considerar que uma representação positiva do SUS, enquanto um sistema que satisfaça as mais amplas e necessárias necessidades de saúde, só será alcançada mediante combinação de dois pontos fundamentais: o primeiro, o entrelaçamento entre as necessidades de saúde que delimitam o saber/fazer biomédico vinculando-se aos determinantes da saúde; e o segundo, o fortalecimento de uma cultura participativa que permita tanto o aprofundamento democrático das instituições já existentes quanto a incorporação de novas vozes na definição da agenda governamental. Sem essa perspectiva, a tessitura que se apresenta para o sistema continuará frágil e repleta de nós e vazios.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. R. de. *et al.* Melhores práticas na atenção básica à saúde e os sentidos da integralidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 620-627, dez. 2013.

BARDIN, L. (Org.). **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, dez. 2011.

BOURDIEU, P. (Org.). **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus, 1996.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003**. Brasília: MS, 2003.

_____. Portaria nº 665, de 29 de março de 2006. Institui o Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde**: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. 3. ed. Brasília: MS, 2009.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do sistema único de saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interferente, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2014**: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: MS, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Brasília: MS, 2016.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. de. A biomedicina. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 177-201, 2005.

CAMBORIÚ. Secretaria de Planejamento. **Plano Diretor de Desenvolvimento Territorial**. Camboriú, 2006.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2014**. Camboriú, 2010.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 605-618, dez. 2007.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1260-1268, ago. 2005.

COHN, A. Políticas de saúde: implicações e práticas. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 231-258.

COSTA, R. K. de S.; MIRANDA, F. A. N. de. Opinião do graduando de enfermagem sobre a formação do enfermeiro para o SUS: uma análise da FAEN/UERNA formação acadêmica do enfermeiro para o SUS na percepção de docentes e discentes da Faculdade de Enfermagem/UERN. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 39-47, mar. 2010.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (Org.). **Promoção da saúde**: reflexões, conceitos, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

DI FELICE, M.; LEMOS, R. (Org.). **A vida em rede**. Campinas: Papirus 7 Mares, 2014.

ENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, jun. 2011.

ESPERIDIÃO, M. A. Controle social do SUS: conselhos e conferências de saúde. *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 245-263.

FERREIRA, P. A.; ALENCAR, E.; PEREIRA, J. R. Teoria da ação social e abordagem interpretativa: uma proposta de modelo para análise de políticas públicas sob a ótica procedimental. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 30., 2011, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: EnANPAD, 2011.

FLEURY-TEIXEIRA, P. *et al.* Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2115-2122, dez. 2008.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1989. 317 p.

GOMES, M. D. L. **Descentralização e formulação de políticas de saúde**: um estudo da capacidade institucional administrativa em um município de médio porte do sul de Minas Gerais. 2016. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2016.

JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Representações sociais e esfera pública**: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2000.

KINGDON, J. (Ed.). **Agendas, alternatives and public policies**. Boston: Little, Brown and Company, 2003.

LALONDE, M. (Ed.). **A new perspective on the health of Canadians**: a working document. Ottawa: Ministry of Health and Welfare, 1974.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de; BAPTISTA, T. W. de F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 1-19, 2017.

MATSUMOTO, N. F. **A operacionalização do PAS de uma Unidade Básica de Saúde do Município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde**. 1999. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MELLO, C. A. B. de. (Org.). **Discricionariedade e controle jurisdicional**. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

MENDES-GONSALVES; R. B. (Org.). **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Cefor, 1992.

NASCIMENTO, A. B. do; EGRY, E. Y. Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades em saúde: estudo de quatro municípios brasileiros. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 861-871, dez. 2017.

NERY, A. A. **Necessidades de saúde na estratégia de Saúde da Família, no município de Jequié-BA**: em busca de uma tradução. 2006. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2006.

NEVES, L. A.; RIBEIRO, J. M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2207-2217, out. 2006.

PAIM, J. S. SUS: desafios e perspectivas. **Consensus**, v. 1, n.1, p. 33-36, jul.-set. 2011.

PARSONS, T.; SHILS, E. A. **Hacia una teoría general de la acción**. Buenos Aires: Editorial Kapeluz, 1968. 555 p.

PINTO, I. C. de M.; SILVA, L. M. V. da; BAPTISTA, T. V. de F. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 69-81.

PRETTY, J. *et al.* (Ed.). **Participatory learning and action**: a trainer's guide. London: International Institute for Environment and Development, 1995.

SILVA, J. do V. **Necessidades de saúde**: subsídios à crítica do pensar/fazer saúde. 2012. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. *In*: HOCHMAN, G. (Org). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p. 65-85.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. da S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde**: mediações de um conceito (Contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). 1991. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. (Ed.). **Basics of qualitative research**: grounded theory procedures and techniques. London: Sage Publications, 1990.

TAYLOR, C. Interpretation and the sciences of man. *In*: RABINOW, P.; SULLIVAN, W. (Ed.). **Interpretive social science**: a reader. Los Angeles: University of California, 1979. p. 25-71.

TESSER, C. D. (Org.). **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

WEBER, M. **Economia e sociedade**. Brasília: UNB, 2004. v. 1.

WEISS, R. (Ed.). **Learning from strangers**: the art and method of qualitative interview studies. New York: The Free Press, 1994.

WINCKLER, M. G. S. **Representações sociais das necessidades de saúde**: construções intra-urbanas no município de Camboriú (SC). 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, Santa Catarina, 2009.

_____. **A agenda governamental da saúde**: entre fluxos, atores, instituições e interesses. 2015. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health report 2002**: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO, 2002.

Data da submissão em: 5 ago. 2019.

Primeira decisão editorial em: 29 jul. 2020.

Última versão recebida em: 19 ago. 2020.

Aprovação final em: 31 ago. 2020.