

Necessidades de saúde: uma análise temporal sobre as representações sociais do conceito

I¹ Mariana Golin Silva Winckler, ² Fabiola Zioni, ³ Guillermo Alfredo Johnson I

Resumo: Trata-se de pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e que teve como objetivo analisar e comparar temporalmente as representações sociais das necessidades de saúde expressas pela sociedade civil organizada e coletadas em diversos contextos dentro do mesmo território. A amostra foi constituída por 26 representantes das associações de moradores ou outras organizações não-governamentais com atuação no município estudado. A taxonomia das necessidades de saúde foi utilizada como instrumento de leitura das necessidades de saúde; a teoria das representações sociais, como forma de captação destas; e a análise de conteúdo como instrumento de análise e comparação. A análise temporal permitiu avaliar as transformações e/ou permanência das necessidades tanto na sua relação com as políticas públicas institucionalizadas no período estudado quanto com os novos/velhos atores presentes nessa configuração. Os impactos no sistema de saúde e a necessidade de se pensar novas formas de organizar as dinâmicas institucionais do SUS também foram evidenciados. Conclui-se que diagnósticos interdisciplinares e participativos, bem como práticas de atenção integral à saúde, continuam essenciais, considerando-se a persistência de relações assimétricas entre diferentes grupos sociais sobre o processo de propor e sustentar suas representações.

► **Palavras-chave:** necessidades de saúde, SUS, políticas públicas de saúde, saúde coletiva, pesquisa qualitativa.

¹ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo-SP, Brasil (marianagsw@gmail.com).
ORCID: 0000-0003-2453-9564

² Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo-SP, Brasil (fabiolaz@usp.br).
ORCID: 0000-0002-5594-4696

³ Departamento de Sociologia e Antropologia, Universidade Federal do Maranhão. São Luís-MA, Brasil (guijohnson@uol.com.br).
ORCID: 0000-0002-6508-3105

Recebido em: 21/07/2019
Aprovado em: 03/03/2020
Revisado em: 22/08/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310329>

Introdução

Na perspectiva da Saúde Coletiva, as necessidades de saúde devem ser compreendidas para além das demandas biológicas; devem estar articuladas às necessidades sociais e, embora sejam construídas socialmente, podem ser apreendidas em sua dimensão individual (STOTZ, 1991; MENDES-GONSALVES, 1992; MATSUMOTO, 1999). Apesar da sua complexidade prática e teórica, o Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua concepção, tem incorporado este conceito na definição de seus preceitos e políticas (BRASIL, 1990; 2006; 2015). Paralelamente, diversos estudos têm demonstrado a potencialidade do mesmo em ajudar os trabalhadores/serviços de saúde na efetividade de suas intervenções e práticas (WRIGHT; WILLIAMS; WILKINSON, 1998; CAMPOS; MISHIMA, 2005; NERY, 2006; WINCKLER, 2009; SILVA, 2012). Entretanto, a despeito de suas três décadas de implantação, o sistema ainda se mostra incapaz de satisfazer as necessidades de saúde de seus usuários (CAMPOS; MISHIMA, 2005; NERY, 2006; WINCKLER, 2009).

A produção científica brasileira também enfrenta as mesmas dificuldades visto que o que o tema ainda é bastante centrado no âmbito hospitalar da assistência, escasso no que diz respeito à atenção básica e praticamente inexistente quando considerada a perspectiva da Saúde Coletiva (CAMPOS, BATAIERO; 2007). Para Paim e Almeida-Filho (2014, p. 34), essa ambiguidade observada reforça tanto a já mencionada complexidade do conceito quanto traz implícita a compreensão de que as necessidades de saúde são supridas, necessariamente, pelos serviços de saúde, reforçando a medicalização da sociedade e a reprodução da estrutura social.

Nesse sentido, tão importante quanto definir corretamente o termo é incorporar ao mesmo uma ampla gama de determinantes sociais, uma vez que "*this wider definition allows us to look beyond the confines of the medical model based on health services, to the wider influences on health. Health needs of a population will be constantly changing, and many will not be amenable to medical intervention*" (WRIGHT; WILLIAMS; WILKINSON, 1998, p. 1312). Entretanto, é urgente ressaltar que tanto a clínica quanto a epidemiologia, enquanto saberes, não são suficientes para definir e identificar necessidades de saúde. É indispensável a contribuição das ciências humanas, visto que estas, ao mesmo tempo que fornecem elementos para uma teoria de necessidades de saúde, estimulam pensar "ideais de saúde" voltados para a qualidade de vida (PAIM; ALMEIDA-FILHO; 2014).

Neste artigo, trabalharemos com a ideia de que as necessidades de saúde podem ser apreendidas, de forma bastante completa, em uma taxonomia desenvolvida por Matsumoto (1999) e organizada em quatro grandes grupos:

- a) *Boas condições de vida*: essas necessidades, tanto podem estar relacionadas às necessidades “fisiológicas” como alimentação, saneamento, moradia, como as necessidades mais “complexas”, como segurança e afeto.
- b) *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 relacionadas (equipamentos, infraestrutura) sendo que a importância hierárquica da oferta e do consumo dessas tecnologias dependerá das necessidades reais de cada usuário.
- c) *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 a 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.
- d) *Graus crescentes de autonomia*: refere-se à necessidade dos sujeitos de terem autonomia e esta, 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.

Uma vez que esta taxonomia tem se mostrado suficiente para a apreensão da realidade que desejamos estudar (NERY, 2006; WINCKLER, 2009; SILVA, 2012), o objetivo deste artigo está na sua utilização para análise temporal das representações sociais das necessidades de saúde, expressas pela sociedade civil organizada e coletadas em diversos contextos dentro do mesmo território. Assim, este artigo justifica-se tanto pela necessidade de problematizar a capacidade que as políticas públicas elaboradas e implementadas têm em satisfazer tais necessidades, quanto pela urgência em consolidar o SUS como um direito universal.

Caminho metodológico

Estudo de caso comparativo que teve como local de pesquisa o município de Camboriú-SC, sendo que os dados para a análise qualitativa foram obtidos: 1)

pela Taxonomia das Necessidades de Saúde (MATSUMOTO, 1999) – como instrumento de leitura das necessidades de saúde; 2) pela Teoria das Representações Sociais (JOVCHELOVITCH, 2000) – para a captação dinâmica e complexa das necessidades de saúde; e 3) pela 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 10 bairros da zona urbana se constituiu como uma unidade de análise; na zona rural, recorreremos ao critério de divisão geográfica utilizado quando na estruturação do Plano Diretor de Desenvolvimento Territorial de Camboriú (CAMBORIÚ, 2006), totalizando 13 unidades de análise.

Os sujeitos da pesquisa foram os representantes de organizações da sociedade civil, especialmente aqueles vinculados às associações de moradores, residentes nos bairros da zona urbana e nas microrregiões da zona rural (mínimo de 1 ano) e com atuação no seu território (mínimo de 1 ano). Quando na ausência da "associação de moradores", o que se constituiu realidade em apenas um bairro da zona urbana em 2009 e em oito bairros/microrregiões em 2017, poderiam participar da pesquisa representantes de outras organizações não governamentais, de voluntariado, autônomas ou religiosas. Ao total, 26 pessoas foram entrevistadas.

Nos dois momentos desta análise comparativa, 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 junho de 2017. A tabela 1 apresenta a divisão territorial que organizou as unidades de análise dentro do território estudado e informa alguns dos dados referentes aos sujeitos da pesquisa no ano que este foi entrevistado (2009 ou 2017). Nas unidades de análise em que o entrevistado de 2017 foi o mesmo de 2009, os dados referentes a sua idade, escolarização, tempo de residência no município e tempo como representante da sociedade civil foram atualizados para o ano de 2017.

Tabela 1. Unidades de análise e sujeitos da pesquisa. Camboriú-SC, 2009 e 2017.

UNIDADES DE ANÁLISE	SUJEITOS DA PESQUISA		INFORMAÇÕES SOBRE OS SUJEITOS DA PESQUISA
Bairro São Francisco – Zona Urbana	MESMO representante 2009 – 2017	Representante 2009	E1 Segundo grau incompleto, 69 anos, 25 anos de residência no bairro, 14 anos como representante da sociedade civil organizada.
		Representante 2017	
Bairro Tabuleiro – Zona Urbana	DIFERENTES representantes 2009 – 2017	Representante 2009	E2 Superior incompleto, 52 anos, 15 anos de residência no bairro, 4 anos como representante da sociedade civil organizada. Ensino médio completo, 65 anos, 20 anos de residência no bairro, 14 anos como representante da sociedade civil organizada.
		Representante 2017	
Bairro Canhanduba – Zona Urbana	DIFERENTES representantes 2009 – 2017	Representante 2009	E3 Primário completo, 65 anos, 24 anos de residência no bairro, 4 anos como representante da sociedade civil organizada. Ensino médio completo, 39 anos, 22 anos de residência no bairro, 3 anos como representante da sociedade civil organizada.
		Representante 2017	
Bairro Centro – Zona Urbana	DIFERENTES representantes 2009 – 2017	Representante 2009	E4 Ensino médio completo, 39 anos, 8 anos de residência no bairro, 1 ano como representante da sociedade civil organizada. Ensino médio incompleto, 47 anos, 16 anos de residência no bairro, 4 anos como representante da sociedade civil organizada.
		Representante 2017	
Bairro Areias – Zona Urbana	DIFERENTES representantes 2009 – 2017	Representante 2009	E5 Superior incompleto, 26 anos, 20 anos de residência no bairro, 1 ano como representante da sociedade civil organizada. Ensino médio completo, 46 anos, 24 anos de residência no bairro, 3 anos como representante da sociedade civil organizada.
		Representante 2017	
Bairro Rio Pequeno – Zona Urbana	DIFERENTES representantes 2009 – 2017	Representante 2009	E6 Primário incompleto, 44 anos, 35 anos de residência no bairro, 2 anos como representante da sociedade civil organizada. Ensino médio completo, 43 anos, 03 anos de residência no bairro, 01 ano como representante da sociedade civil organizada.
		Representante 2017	

continua...

UNIDADES DE ANÁLISE	SUJEITOS DA PESQUISA		INFORMAÇÕES SOBRE OS SUJEITOS DA PESQUISA
Bairro Monte Alegre – Zona Urbana	DIFERENTES representantes 2009 – 2017	Representante 2009	E7 Primário completo, 30 anos, 30 anos de residência no bairro, 1 ano como representante da sociedade civil organizada.
		Representante 2017	
Bairro Santa Regina – Zona Urbana	MESMO representante 2009 – 2017	Representante 2009	E8 Superior completo, 47 anos, 19 anos de residência no bairro, 10 anos como representante da sociedade civil organizada.
		Representante 2017	
Bairro Lídia Duarte – Zona Urbana	DIFERENTES representantes 2009 – 2017	Representante 2009	E9 Primário completo, 29 anos, 4 anos de residência no bairro, 1 ano como representante da sociedade civil organizada.
		Representante 2017	
Bairro Cedro – Zona Urbana	DIFERENTES representantes 2009 – 2017	Representante 2009	E10 Primário completo, 59 anos, 46 anos de residência no bairro, 12 anos como representante da sociedade civil organizada.
		Representante 2017	
Vila Conceição – Zona Rural	MESMO representante 2009 – 2017	Representante 2009	E11 Segundo grau incompleto, 47 anos, 47 anos de residência no bairro, 15 anos como representante da sociedade civil organizada.
		Representante 2017	
Rio do Meio – Zona Rural	MESMO representante 2009 – 2017	Representante 2009	E12 Superior incompleto, 59 anos, 19 anos de residência no bairro, 11 anos como representante da sociedade civil organizada.
		Representante 2017	
Limeira – Zona Rural	MESMO representante 2009 – 2017	Representante 2009	E13 Pós-graduação, 69 anos, 69 anos de residência no bairro, 26 anos como representante da sociedade civil organizada.
		Representante 2017	

Fonte: elaboração própria.

A estrutura e a concepção teórica da taxonomia das necessidades de saúde (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 15 núcleos de sentido, que foram reagrupados dentro dos quatro eixos que constituem a taxonomia.

A tabela 2 esquematiza o agrupamento destes núcleos segundo a taxonomia. As entrevistas foram comparadas com a literatura que embasa o tema e com os documentos oficiais oriundos das três esferas de gestão permitindo, assim, a triangulação necessária dos dados e uma conclusão mais apurada sobre o fenômeno que nos propomos investigar.

Tabela 2. Taxonomia das necessidades de saúde (MATSUMOTO, 1999) e núcleos de sentido obtidos após a Análise de Conteúdo (BARDIN, 2004). Camboriú-SC, 2009

TAXONOMIA DAS NECESSIDADES DE SAÚDE (MATSUMOTO, 1999)	NÚCLEOS DE SENTIDO (BARDIN, 2004)
NECESSIDADE DE BOAS CONDIÇÕES DE VIDA	Processo saúde-doença
	Condicionantes, determinantes e intersectorialidade
	Necessidades de saúde dos representantes e dos moradores
	Conceituação 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 morador / sistema de saúde
AUTOCUIDADO E AUTONOMIA	Autonomia
	Autocuidado
	Passividade e cooperação mútua

Fonte: elaboração própria.

Por fim, é importante destacar o significado do termo *representações sociais*, uma vez que a leitura das necessidades de saúde foi baseada nesses esquemas sociocognitivos. De acordo com Minayo (2008, p. 89), esse termo significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento. Nas ciências sociais são definidas como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a. Enquanto material de estudo, essas percepções são consideradas consensualmente importantes, atravessando a história e as mais diferentes correntes de pensamento sobre o social.

Nesta pesquisa, emprestamos de Sandra Jovchelovitch (2000) a definição do termo, bem como outros dados relevantes de sua pesquisa destinada a compreender os saberes sociais tácitos e a vida pública no Brasil. Ligada à concepção piagetiana, a autora procura demonstrar que 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, nas unidades de saúde, nos programas de rádio e televisão, nas reuniões públicas e/ou comunitárias, esses 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.

Análise temporal das necessidades de saúde: mudanças e permanências

Eixo 1: Necessidade de boas condições de vida

A análise dos resultados mostrou que, tanto em 2009 quanto em 2017, os entrevistados apontam distintas significações sobre seu universo, guardando estreita 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 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 públicos/privados de saúde encontram-se fortemente vinculados às representações de doença.

Os determinantes sociais da saúde¹, 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 socioeconômico de cada bairro e com o modo de vida dos indivíduos.² 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 de suas políticas distributivas e do governo municipal quando 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.

Eu vejo que as condições de vida das pessoas em Camboriú melhorou nesses últimos 8 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).

A tabela 3 apresenta uma síntese comparativa dos principais indicadores socioeconômicos e de saúde que se vinculam diretamente com os determinantes da saúde indicados pelos entrevistados.

Tabela 3. Indicadores socioeconômicos e da saúde. Camboriú-SC e Brasil, 2010

Indicadores / Ano de referência	Camboriú	Santa Catarina	Brasil
Número de habitantes	62.361	6.248.436	190.755.799
IDH	0,726	0,774	0,727
IDHM Renda	0,736	0,773	0,739
IDHM Longevidade	0,866	0,860	0,816

continua...

Indicadores / Ano de referência	Camboriú	Santa Catarina	Brasil
IDHM Educação	0,600	0,697	0,637
Esperança de vida ao nascer	76,98	76,61	73,94
% da população em domicílios com banheiro e água encanada	93,3	97	87,16
% da população em domicílios com coleta de lixo	99,02	99,31	97,02
Mortalidade infantil	11,00	11,54	16,70
Probabilidade de sobrevivência até os 60 anos	86,22	85,72	84,5
Taxa de analfabetismo – 15 anos ou mais	4,04	4,13	9,61
% de 25 anos ou mais com médio completo	21,91	37,03	35,83
Renda per capita	781,76	983,90	793,87
% de pobres	2,78	3,65	15,20

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil.

Os dados apresentados colocam o município de Camboriú em um patamar “positivo” no que tange à educação, à longevidade, à renda e às condições de vida de seus moradores, especialmente quando comparados aos indicadores estaduais e federais. Entretanto, quando consideramos as falas dos entrevistados, especialmente em 2009, e suas dificuldades diárias e históricas na satisfação de suas necessidades de saúde, percebemos que tais indicadores não dão conta da realidade que se apresenta e tampouco dos seus reflexos nas condições de saúde e vida das pessoas.

No que tange à superação dos determinantes sociais da saúde, bem como às outras ações consideradas prioritárias pela gestão estudada, a revista *Prestando Contas 2009/2015* (CAMBORIÚ, 2015)³ informa que, entre 2009 e 2016, várias ações/obras foram realizadas no sentido de melhorar a qualidade de vida dos moradores, incluindo a construção de unidades habitacionais, escolas, creches, quadras poliesportivas, além de investimentos em saneamento básico e em obras de pavimentação. Em relação à saúde, a revista afirma que “Camboriú deu um salto na saúde”, justificando essa melhoria através dos seguintes números:

[...] mais de 1.2000.000 consultas do Programa de Saúde da Família, 10 novas unidades de saúde, 48 médicos sendo 22 especialistas, 820 mil exames de patologia clínica, 122.400 exames de imagem, 290 mil consultas de odontologia, 42.200 consultas de pré-natal, 133 mil sessões de fisioterapia e mais de 400 mil consultas especializadas.

Destaca-se, ainda "a ampliação de 12 para 19 equipes de saúde da família e NASF".

Quando analisados pela perspectiva quantitativa, considerando-se a condição social e fiscal do município em estudo,⁴ os dados publicados impressionam. Porém, quando buscamos o público-alvo destas ações, a situação é bastante relativizada. Especificamente em relação à saúde, as entrevistas revelam que o "salto na saúde" não garantiu a satisfação das necessidades de saúde dos moradores, especialmente no que tange ao acesso aos serviços de saúde.

O SUS nesses 8 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)

Eixo 2: Necessidade de acesso e possibilidade de consumo de toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida

Pertencente ao segundo eixo da taxonomia, o núcleo de sentido "acesso as ações e serviços de saúde", tanto em 2009 quanto em 2017, esteve relacionado, pelos entrevistados, com um direito garantido constitucionalmente, viabilizado através 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 burocracia quanto pela persistente dificuldade de acesso, especialmente aos serviços de maior complexidade. Na fala dos entrevistados, essa evidência se expressa da seguinte forma:

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).

É sabido que o tema da acessibilidade não é de simples definição nem execução. Segundo Andrade e Minayo (2012, p. 2.862), o conceito tem relação com as condições de vida, extrapola a dimensão geográfica e abrange o aspecto econômico relativo ao gasto do usuário com saúde, o aspecto cultural envolvendo normas, técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional que responde pela adequação da oferta de serviços e sua qualidade às pessoas que recorrem ao sistema. Essa perspectiva multidimensional de caráter social e político nos ajuda a

explicar por que os números divulgados não correspondem às representações sociais expressas, ao mesmo tempo que nos diz que, para caminhar da utopia do conceito em direção ao direito de fato, é preciso uma leitura sistemática das necessidades de saúde combinada com ações intersetoriais efetivas que atuem, sobretudo, nos determinantes da saúde.

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 da integralidade. Segundo Paim (2011), existem diversas concepções e distintos projetos de SUS em disputa no Brasil: 1) o SUS democrático, concebido pela Reforma Sanitária Brasileira, vinculado a uma democracia substantiva, comprometido com os direitos da cidadania, com a participação política e os valores de da igualdade, solidariedade e emancipação; 2) o SUS formal, assegurado pela legislação, ainda que distante do cotidiano dos cidadãos e dos trabalhadores de saúde; 3) o SUS para os pobres, vinculado à ideologia liberal e derivado das políticas focalizadas cuja falta de recursos é a regra; 4) o SUS real, subordinado à saúde da moeda e da economia, nos quais viceja o pragmatismo dos dirigentes visando à conciliação de interesses clientelistas, partidários, corporativos e econômicos. A análise das representações sociais nos mostrou que há uma disputa entre as quatro concepções, prevalecendo as representações do SUS real e do SUS para pobres sobre as outras categorias.

A dificuldade em organizar e operacionalizar o sistema de saúde sob a ótica da integralidade constitui um dos grandes responsáveis pela representação quase ficcional do SUS democrático e formal para seus usuários. Compreendido como o "conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (BRASIL, 1990), o princípio da integralidade possui ampla possibilidade de abordagem nas práticas assistenciais. Segundo Andrade et al. (2013, p. 621), uma dessas possibilidades pode ser compreendida segundo três grandes conjuntos de sentidos (Pinheiro, et al., 2007): a) organização dos serviços e das práticas de saúde; b) práticas dos profissionais de saúde; e c) políticas e respostas governamentais aos problemas de saúde.

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, neste estudo, está vinculada tanto ao segundo⁵ quanto ao terceiro⁶ 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 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 conferem a si mesmos 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.

Soma-se ao descrito que, em 2017, tivemos grande dificuldade em identificar as lideranças comunitárias visto que, segundo os entrevistados, houve um desmonte da maioria das associações de moradores. Quando questionados sobre o(s) motivo(s) que levaram a tal condição, os sujeitos da pesquisa não hesitaram em responder: foi a somatória entre a recorrente dificuldade de adesão da comunidade com a infiltração político-partidária promovida pela gestão estudada, a qual se utilizou da estrutura dessas associações para sua sustentação político-eleitoral. Assim, se em 2009 a integração comunitária ainda era uma possibilidade, em 2017 ela sequer foi mencionada por suas lideranças⁷.

[...] porque quando eu assumi essa parte de buscar a associação, não foi só para mim ser um líder para criticar os nossos governantes, mas para ser parceiro e ser um elo entre a sociedade, a comunidade e a prefeitura, porque, as vezes eles desconhecem certas necessidades dessa comunidade. (Entrevistado E4, 2009).

A associação de moradores acabou por causa do povo que não interage, que não participa. Ninguém quer participar, ninguém tem mais tempo para isso. Todo mundo vive na correria e não quer mais compromisso. Os que querem só querem no tempo da política. Passou a política, acabou. Ninguém se interessa mais. Isso que nós fazíamos as reuniões as 19:30, 20:00. (Entrevistado E4, 2017).

São inúmeros os trabalhos publicados que ressaltam a participação de pessoas, comunidades e associações como uma das principais estratégias para “dar conta” da diversidade que se expressa na vida pública (JOVCHELOVITCH, 2000; LÜCHMANN, 2011) e como forma de enfrentamento das iniquidades em saúde (MARMOT, 2010). Apoiada nos estudos de Warren (2001), Lüchmann (2011, p. 142) ressalta que há certo consenso na literatura sobre a importância das associações

para a ampliação e o aprofundamento da democracia, na compreensão de que o associativismo preencheria, de forma substantiva, uma boa listagem de requisitos considerados fundamentais para o estabelecimento de uma sociedade democrática, como a defesa das demandas dos grupos mais vulneráveis e excluídos, na denúncia das relações de poder ou, ainda, na promoção e ocupação dos espaços de cogestão de políticas públicas. Nesse sentido, diante do relato dos entrevistados, fica claro que a base necessária para que essas associações alcancem tal intento envolvem uma prática social completamente contrária àquela evidenciada neste estudo de caso.

Em face do esvaziamento dos canais de participação, uma prática frequente encontrada pela população na tentativa de garantir o direito à saúde é a participação em um programa de rádio⁸ no qual os moradores, após publicizarem suas necessidades não satisfeitas, têm a resolução destas garantida de forma rápida e eficaz. Em alguns momentos, este recurso é utilizado antes mesmo da busca pelos caminhos institucionais criados para tal fim, como as ouvidorias do SUS e o Conselho Municipal de Saúde (CMS). 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. Na fala dos entrevistados, esses achados são traduzidos da seguinte forma:

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 tem 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 almanques. 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).

Os relatos trazem à tona a relação estrutural entre as práticas comunicativas da esfera pública, as representações sociais e os usos do poder. Se por um lado as representações sociais desenvolvem-se através da mídia, por outro são estas práticas narrativas que caracterizam e constituem o espaço público. Segundo Jovchelovitch (2000, p. 178), nas análises das representações sociais na imprensa pode-se observar

que elas estão sempre permeadas por relações de poder. "A construção de relatos jamais é um ato neutro. Alguns relatos produzem uma versão da realidade, outros produzem versões diferentes; o que eles expressam é o produto de lutas simbólicas que se relacionam com lutas maiores presentes em todas as sociedades". Nesse sentido, é fundamental tanto enfatizar a relação assimétrica dos diferentes grupos sociais sobre o processo de propor e sustentar suas representações quanto mensurar o impacto resultante dessa relação nas dinâmicas institucionais do SUS.

Em relação ao acesso aos serviços de média e alta complexidade do SUS, concordamos com Spedo, Pinto, Tanaka (2010), quando nos dizem que este ainda se apresenta como um dos principais entraves para a efetivação da integralidade do SUS. Apesar de a proporção desse desafio assumir diferentes dimensões e estar na dependência das características de cada estado, região ou município, a dificuldade de acesso a esses serviços de saúde confere ao SUS uma representação de não resolutividade, pouca confiabilidade, assim como explica sua utilização como última alternativa. Mesmo em cidades de grande porte como São Paulo, que concentra um aparato tecnológico infinitamente superior ao existente no município estudado, "as longas filas de espera e a *via crucis* dos pacientes fazem parte do cotidiano da população usuária dos serviços públicos há muito tempo" (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010, p. 968) e nos mostram que a resistência oferecida pelos serviços de saúde ainda é maior que o poder de utilização dos usuários.

Camboriú está habilitado pela portaria GM/MS nº 399 como gestão plena da atenção básica e desde 2013 vem aplicando recursos além do limite constitucional definido como mínimo em ações e serviços públicos em saúde.⁹ Essa condição de gestão delega para as cidades com maior capacidade tecnológica o acesso dos moradores aos serviços especializados de saúde. Entretanto, apesar dos esforços empreendidos pelo SUS na formatação das redes de atenção e das pactuações formais estabelecidas entre os municípios, a recorrente dificuldade de acesso aos serviços de média e alta complexidade tem obrigado os moradores a pagar serviços privados. A esta condição, relatada como recorrente e com vinculação direta com o conceito de integralidade citado (PINHEIRO et al., 2007), podemos atribuir quatro grandes consequências: 1) embasa a representação de doença dos moradores; 2) reforça o modelo médico-hospitalar hegemônico vigente; 3) amplia o processo migratório dos usuários em busca de zonas/cidades com maior concentração de serviços especializados; 4) fragiliza as relações entre os usuários e os trabalhadores

da saúde; e 5) diminui a resolutividade da atenção básica e SUS como um todo (SPEDO; PINTO; TANAKA; 2010, p. 967).

Eixo 3: Necessidade de criação de vínculos afetivos e efetivos

Em relação ao terceiro eixo da taxonomia, o qual também é parte integrante do conceito de integralidade (PINHEIRO et al., 2007), os resultados mostraram grande fragilidade na relação entre profissionais de saúde e usuários, a qual permaneceu inalterada no 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 o seguinte cenário: 1) o “médico do postinho” tem competência técnica questionável, uma vez que os encaminhamentos aos médicos especialistas são recorrentes; 2) os agentes comunitários de saúde (ACS) deveriam ser substituídos por “pessoas mais capacitadas”, sobretudo por “médicos especialistas”; 3) com exceção da enfermagem, 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 moradores e profissionais de saúde, levando-os a procurar o sistema somente nos “casos mais graves” além de, mais uma vez, embasar as representações de doença e minar a potencialidade democrática do sistema.

Tanto a definição do conceito de integralidade quanto a reconceitualização que encerra este terceiro eixo da taxonomia deixam claro que a garantia do acesso à saúde não implica, necessariamente, a efetivação do cuidado em saúde. Para que esse encontro de subjetividades seja efetivo e que um vínculo entre profissionais e usuários possa ser construído, as relações interpessoais e as ações necessárias decorrentes de tal encontro devem ser pautadas por um caráter humanizador e sustentadas na prática cotidiana do acolhimento, pelo formato multiprofissional das equipes e por uma rede assistencial organizada (COSTA et al., 2014).

Soma-se ao exposto o fato de que a resolutividade do cuidado também está vinculada à atuação profissional em todos os níveis de complexidade. Entretanto, quando há a dicotomização entre o pensar e o agir do cuidado entre os diversos níveis de atenção, a representação sobre a resolutividade da atenção básica e a possibilidade de vínculo com os seus profissionais não será diferente daquela evidenciada neste estudo de caso.

O questionamento sobre a pertinência do trabalho dos ACS é exposta de forma enfática pelos entrevistados, apesar da expansão da ESF no município nos últimos oito anos. Podemos atribuir tal representação à baixa capilaridade social que essa categoria de trabalhador da saúde tem logrado conquistar, a qual, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), deveria se dar mediante o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais da saúde e a população. No entanto, Cohn, Nakamura e Gutierrez (2009) nos alertam que essa capilaridade está relacionada com as características particulares das respectivas áreas de abrangência, sendo mais favorecida nas áreas mais pobres do que em áreas mais ricas.

Considerando-se que Camboriú possui baixa renda *per capita* e que esta representação foi observada em todas as unidades de análise no ano de 2017, podemos supor que essa condição está, sobretudo, atrelada ao persistente não-acesso aos serviços de saúde, especialmente aos de média e alta complexidade.

A capacidade de “lidar com pessoas” esteve relacionada com o espaço, a linguagem e tempo destinado para a comunicação entre os sujeitos, os quais não têm permitido a construção de vínculos significativos. Ou seja, neste insuficiente tempo destinado à escuta, as linguagens utilizadas pelos sujeitos implicados não estão sendo ouvidas nem compreendidas. A fala deste entrevistado descreve essa relação complexa e repleta de ruídos.

Eu acho que esse modelo de relação que se estabelece entre o doente e o médico é um modelo autoritário mesmo, por mais que o modelo melhorou, [...], não se divide conhecimento. (Entrevistado E13, 2009).

Não tem vínculo, tem um confronto principalmente na hora do stress, dessa fragilidade toda que é a doença. O que acontece na maior parte das vezes é que eles levam as pessoas num nível de stress emocional tão grande que daí acontece um confronto desumano, por que a pessoa mais simples ela vai falar do jeito dela e os profissionais se acham os tais entendedores da ciência e daí eles ainda desqualificam e argumentam coisas que a gente sabe que não é verdade. A gente acaba aprendendo a ler o jogo, mas eles não mostram as cartas, ele ficam com essas mentira. Isso é uma forma de dominar. (Entrevistado E13, 2017).

No entanto, a persistência desse cenário não se resume ao tempo do estudo. O trabalho de Matumoto, Mishima e Fortuna (2002, p. 6), publicado há 20 anos, já revelava que a organização do trabalho estabelecida no SUS não favorecia o estabelecimento de relações saudáveis, nem promovia diálogos francos para que

se pudesse esclarecer e elaborar quaisquer desentendimentos. De acordo com os autores, o que se observa é “um trabalho voltado para o fazer técnico, com atos isolados, sem relação entre suas partes, fragmentado, mecânico, autossuficiente por si mesmo, o que contradiz a própria concepção do trabalho em saúde, que se faz em parcelas; [...]”

Eixo 4: Necessidade de graus crescentes de autonomia

Por fim, os dados obtidos vinculados ao último eixo da taxonomia nos mostram 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 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 Hiperdia (Hipertensão e Diabetes) e a 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 do programa coincide com o horário de trabalho das pessoas ou 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 forma de enfrentamento quando necessidades não-satisfeitas estão presentes. Nessa 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 essa 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 e alterando a forma como os sujeitos se relacionam: a comunicação digital.

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).

De acordo com Di Felice e Lemos (2014), o advento da comunicação digital é uma das mais importantes revoluções da nossa época, uma vez que a arquitetura informativa não se limita a distribuir informação. Por ser interativa, ela permite "o diálogo fértil entre dispositivos de conexão, banco de dados, pessoas e tudo o que existe" alterando, pela primeira vez, "a forma de transmissão das informações". Essa lógica, muito mais imersiva e que permite agregação imediata e instantânea de saberes, antes distantes e separados, tem alterado e transformado profundamente toda a sociedade, incluindo o setor saúde. Na prática, essa substituição da interação social pelos meios digitais, além de enfraquecer ainda mais os espaços participativos, possivelmente contribuirá para a completa renúncia à participação política, com uma leitura mais truncada sobre os significados que podem ser atribuídos ao conceito de necessidades de saúde e ainda mais autoritária quando na implantação de políticas públicas destinadas a sua satisfação.

Considerações finais

A partir dos resultados do estudo, podemos afirmar que a saúde constitui uma necessidade permanente e atemporal, mas que as mediações para sua satisfação mudam historicamente. Nas últimas quatro décadas, vem se fortalecendo no Ocidente um discurso pela mercantilização na satisfação das necessidades sociais, a qual incide com força crescente também na área da saúde.

O uso da taxonomia (MATSUMOTO, 1999) possibilitou a leitura dessa dinâmica nas necessidades de saúde e constitui ferramenta prática para operacionalização do conceito, desde que seus eixos sejam lidos transversalmente. Na interface entre os indicadores quantitativos e a subjetividade na valoração das necessidades, evidencia-se a arquitetura do seu processo decisório, dada a diversidade de práticas autoritárias observadas, as quais têm sufocado a necessária democracia para a modelagem e satisfação das mesmas – a qual não implica meramente a consulta à população, senão em que cada vez mais esta detenha o processo decisório.

As relações assimétricas fundantes da sociedade brasileira afloram em discursos e práticas que tanto interdita o caráter coletivo das necessidades de saúde, quanto

promovem o afastamento entre os sujeitos que cuidam e os sujeitos que são cuidados, uma vez que a maioria dos riscos/prioridades elencadas pelos entrevistados ainda permanecem compondo o contexto social do município. Os desafios pela atenção integral à saúde tornam-se críticos ante a diminuição da participação política popular e a diminuição dos espaços institucionais, o qual conduz tendencialmente à anulação do direito à saúde.

Por fim, podemos afirmar que os diagnósticos interdisciplinares e participativos continuam essenciais, pois permitem compreender a complexidade das transformações sociais e dos desafios para a consolidação do atendimento das necessidades de saúde indistintamente.¹⁰

Referências

- ANDRADE, S. R. et al. Melhores práticas na atenção básica à saúde e os sentidos da integralidade. *Revista da Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 620-627, 2013.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 3. ed. Portugal: Edições 70, 2004.
- ANDRADE, L. O. M.; MINAYO, M. C. S. Acesso aos serviços de saúde: direito e utopia. *Ciência & Saúde Coletiva*. [periódico na internet], 2012.
- BRASIL. Lei n. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990.
- _____. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores do SUS*. Brasília: MS, 2004.
- _____. Comitê Nacional de avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. *Política Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema Único de Saúde*. Brasília: MS, 2006.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CAMBORIÚ. *Plano Diretor Participativo do Município de Camboriú, 2006*. Disponível em: http://www.cidadedeCamboriú.sc.gov.br/plano_diretor/index.html Acesso em: 9 jun. 2009.
- CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1260-1268, 2005.
- CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface*, v. 11, n. 23, p. 605-18, 2007.

- COHN, A.H.; NAKAMURA, E.; GUTIERRES, K.A. De como o PSF entrecruza as dimensões pública e privada da vida social. In: COHN, A. (Org.). *Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias*. São Paulo: Azougue, 2009.
- COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, 2014.
- DI FELICE, M.; LEMOS, R. *A Vida em Rede*. Campinas: Papyrus 7 Mares, 2014.
- DUBET, F. *Sociologia da experiência*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.
- JOVCHELOVITCH, S. *Representações sociais e esfera pública: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- LUCHMANN, L. H. H. Associações, participação e representação: combinações e tensões. *Lua Nova*, São Paulo, n. 84, p. 141-174, 2011.
- MARMOT, M. *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post 2010*. London: Marmot Review, 2010.
- 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*. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; FORTUNA, C. M. *Communication as a tool for the welcoming reception in health units*. In: BRAZILIAN NURSING COMMUNICATION SYMPOSIUM, 8., 2002, São Paulo.
- MENDES-GONSALVES; R. B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR, 1992 (Cadernos CEFOR – Textos, 1.).
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.
- NERY, A. A. Necessidades de saúde na estratégia de Saúde da Família, no município de Jequié-BA: em busca de uma tradução. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2006.
- PAIM, J. SUS: desafios e perspectivas. *Consesus – Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde*, jul-set. 2011.
- PAIM, J.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.
- PINHEIRO, R. et al. Integrality in the population's health care programs. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 343-9, 2007.
- SILVA, J. V. Necessidades de saúde: subsídios à crítica do pensar/fazer saúde. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2012.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. 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). Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

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

WRIGHT, J.; WILLIAMS, R.; WILKINSON, J. K. Development and importance of health needs assessments. *BMJ*, v. 316, n. 7140, p. 1310-1313, April 24, 1998.

Notas

¹ Segundo Buss e Pelegrini (2007), os determinantes sociais da saúde (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

² O caráter estrutural do enfoque dos DDS revaloriza a dimensão social do processo saúde-doença além de se definir, politicamente, pelo combate às desigualdades sociais, salientando o processo de participação política das comunidades como elemento principal para o enfrentamento das iniquidades e transformação social. Esta ênfase na revalorização dos indivíduos como sujeitos de suas ações não é incompatível com uma abordagem teórico-metodológica voltada para o ator social e suas ações. Acredita-se que a abordagem das Representações Sociais, conforme apresentada nesse artigo, pode captar aspectos da dinâmica social na qual os sujeitos estão implicados nas estruturas assim como estas nos significados das ações sociais. Enfim, buscou-se na pesquisa reconstruir o trabalho de "vai e vem do ator nos elementos da situação" (DUBET, 1994, p. 264).

³ Revista informativa utilizada pela gestão municipal como instrumento de publicidade aos atos administrativos executados no período entre 2009 e 2016.

⁴ De acordo com Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal o município de Camboriú ocupava em 2016 a 228ª posição das 245 posições/municípios que compõem o Estado de Santa Catarina.

⁵ Referente ao núcleo de sentido "Formas de enfrentamento e responsabilidade sobre as necessidades não satisfeitas".

⁶ Referente ao núcleo de sentido "Potencialidades do SUS no enfrentamento das necessidades de saúde".

⁷ Formatado em estudo anterior (WINCKLER, 2009), este núcleo de sentido – "recurso comunitário" – concentra as representações sociais dos sujeitos da pesquisa quando eles revelam seus entendimentos sobre o seu papel como representantes de uma organização civil frente as necessidades não satisfeitas e a suas potencialidades na construção de políticas públicas mais democráticas e efetivas.

⁸ 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: http://portalmenina.com/balneario-camboriu/descricao_programacao/bote-a-boca-no-trombone Acesso em: 06 mar. 2019.

⁹ Informações disponíveis em: http://siops.datasus.gov.br/mctc_seleciona_ente.php Acesso em: 08 mar. 2019.

¹⁰ M. G. S. Winckler: elaboração da pesquisa, coleta, análise dos dados (em 2009 e em 2017) e redação do artigo, que é resultado da sua pesquisa pós-doutoral na FSP-USP. F. Zioni: concepção e supervisão da pesquisa em 2017; auxiliou na análise dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final a ser publicada. G. A. Johnson: concepção e supervisão da pesquisa em 2009; auxiliou na análise dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final a ser publicada.

Abstract

Health needs: a temporal analysis of the social representations of the concept

This is a qualitative, exploratory research that aimed to analyse and compare in time the social representations of health needs expressed by organised civil society and collected in different contexts within the same territory. The sample consisted of 26 representatives of residents' associations or other non-governmental organisations operating in the studied municipality. The taxonomy of health needs was used as an instrument for reading the health needs; the theory of social representations, as a way of capturing them; and the content analysis as an analysis and comparison tool. The temporal analysis allowed us to assess the transformations and/or permanence of needs both in their relationship with institutionalised public policies in the period studied and with the new/old actors present in this configuration. The impacts on the health system and the need to think of new ways to organise the institutional dynamics of the SUS were also highlighted. It is concluded that interdisciplinary and participatory diagnoses, as well as comprehensive health care practices, remain essential considering the persistence of asymmetric relationships between different social groups on the process of proposing and sustaining their representations.

► **Keywords:** health needs; SUS; public health policies; public health; qualitative research.

