UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

TERESA CHRISTINE PEREIRA MORAIS

NECESSIDADES EM SAÚDE & TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE
DA FAMÍLIA: A DIALÉTICA DO RECONHECIMENTO E
ENFRENTAMENTO

SÃO PAULO

2008

TERESA CHRISTINE PEREIRA MORAIS

**NECESSIDADES EM SAÚDE & TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE
DA FAMÍLIA: A DIALÉTICA DO RECONHECIMENTO E
ENFRENTAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva.

Orientadora:

Prof^a. Dra. Emiko Yoshikawa Egry

SÃO PAULO

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Morais, Teresa Christine Pereira.

Necessidades em saúde & trabalho das equipes de saúde da família: a dialética do reconhecimento e enfrentamento / Teresa Christine Pereira Moraes. – São Paulo, 2008.

113 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Emiko Yoshikawa Egry.

1. Necessidades e demandas de serviços de saúde 2. Trabalho (processos) 3. Saúde da família. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Teresa Christine Pereira Moraes

Título: Necessidades em saúde & trabalho das equipes de saúde da família: a dialética do reconhecimento e enfrentamento

Dissertação à Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dra. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Agradecimentos

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Emiko Yoshikawa Egry, pelo incentivo, paciência, respeito e confiança com que me conduziu neste processo e pelos ensinamentos que sempre me proporciona.

Às Prof^{as}.Dr^{as}. Lislaine Fracolli e Eunice Nakamura pelas valiosas contribuições por ocasião do exame de qualificação e nas fases seguintes da pesquisa.

À Prof^a. Dr^a. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, pela convivência e aprendizado.

A todo corpo docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Ao corpo técnico-administrativo da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em especial à Silvana Maximiano e Terezinha pela afetuosa prontidão com que nos atende.

Aos profissionais da Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta” da EEUSP, em especial à bibliotecária Juliana Akie Takahashi, Andréia Wojcicki e Quintino Teixeira.

Aos profissionais da UBS Jardim Comercial pela generosidade em conceder as entrevistas.

À Paula Hino e Maíra Apostólico, pela parceria no desenvolvimento da pesquisa.

Ao Carlos Spezia, pela presteza na revisão de português e elaboração do abstract.

Às amigas e parceiras na assistência Rosenita e Ana Cristina, que muito me ajudaram com a sempre carinhosa disponibilidade nas trocas de plantões.

À Cláudia Marques, Maria Bonifácio, Marta Peralba, Mônica Durães e Euzi Adriana, que muito contribuem para meu aprendizado no campo institucional e pessoal.

Ao amigo Paulo César e às amigas Estela Padilha, Leila Göttems e Raquel Moreira, por serem amigas e amigo.

À minha amada e companheira M^a Cecília, pela convivência amorosa e compartilhamento de dúvidas, incertezas, sucessos e risos.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo-FAPESP e ao CNPq, pelo apoio financeiro parcial para a realização deste estudo.

Brasis

(Seu Jorge/Gabriel Moura/Jovi Joviniano)

Tem um Brasil que é próspero outro não muda
Um Brasil que investe, outro que suga
Um de sunga outro de gravata
Tem um que faz amor e tem o outro que mata

Brasil do ouro, Brasil da prata
Brasil do Balacouchê, da mulata

Tem o Brasil que é lindo
O Brasil que dá é igualzinho ao que pede

Pede paz, saúde, trabalho e dinheiro
Pede pelas crianças do país inteiro

Tem um Brasil que soca outro que apanha
Um Brasil que saca outro que chuta
Perde e ganha, sobe e desce
Vai à luta, bate bola
Porém não vai a escola
Brasil de cobre, Brasil de lata

É negro, é branco, é nissae
É verde, é índio peladão
É mameluco, é cafuso, é confusão

Oh Pindorama quero seu Porto Seguro
Suas palmeiras, suas pêras, seu café
Suas riquezas, praias, cachoeiras
Quero ver o seu povo de cabeça em pé

Morais TCP. Necessidades em saúde & trabalho das equipes de saúde da família: a dialética do reconhecimento e enfrentamento [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

O reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população de um dado território de abrangência estão estreitamente vinculados aos princípios básicos do SUS, em especial aos conceitos de integralidade e equidade, na medida em que implicam por parte das equipes de saúde o esforço de tradução e atendimento às mesmas. Diante disso, este estudo buscou compreender, no cotidiano do processo de trabalho em saúde, quais os sentidos que norteiam a identificação de necessidades de saúde pelos profissionais da estratégia Saúde da Família, como ocorre e que profissionais decidem pelo enfrentamento às necessidades de saúde da população usuária do serviço. Tratou-se de um estudo descritivo, na perspectiva qualitativa, fundamentado na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC, cujo método para interpretação dos discursos referenciou-se na hermenêutica-dialética. A técnica para análise do processo de trabalho das equipes foi realizada com base no Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção de um Serviço de Saúde, proposto por Merhy (1997) e alterado por Fracolli (1999). Constituiu-se como fonte do material empírico o conjunto das entrevistas semi-estruturadas realizadas com médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde das equipes da estratégia Saúde da Família. Os resultados fizeram emergir os seguintes sentidos que norteiam a identificação de necessidades de saúde pelos profissionais: necessidades de saúde relacionada a agravos e necessidades de saúde relacionada às más condições de vida. Os produtos que resultaram do atendimento às necessidades de saúde, consultas médicas, procedimentos, equipamentos, medicamentos e atenção especializada, estão em consonância com os sentidos que permeiam a identificação de necessidades, ou seja, trazem uma concepção necessidade de saúde aproximada com a doença. Em relação à decisão pelo enfrentamento, a decisão pelo atendimento é tanto do profissional que primeiro tem contato com a situação quanto da equipe de saúde, tendo como ponto de partida às situações levantadas nas visitas domiciliares ou quando a Unidade Básica de Saúde (UBS) é demandada. Conclui-se que os modos pelos quais os profissionais das equipes de Saúde da Família reconhecem e enfrentam as necessidades de saúde apresentadas pela população usuária do serviço, vinculam-se às concepções de saúde e doença que perpassam o modelo assistencial sob o qual o serviço se encontra organizado, assim como as práticas de saúde desenvolvidas no cotidiano do processo de trabalho das equipes. Neste sentido, tais concepções representam um dos limites a ser superado para que se consiga avançar na direção de um modelo assistencial cujas práticas tenham por finalidade a integralidade do cuidado, tomando as necessidades de saúde como orientadoras destas.

PALAVRAS-CHAVE: Necessidades de saúde. Processo de trabalho. Estratégia Saúde da Família.

Morais TCP. Health need & work of the family health teams: the dialectic of recognition and confrontation [dissertation]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

ABSTRACT

The recognition and confrontation the population health needs from a specific region are closely linked to the basic principle of SUS (The Brazilian Health System), especially to the concepts of integrity and equity, meaning to the Family Health Teams, the effort to translate and render these identified needs. This study tries to understand which senses orientate the health needs identification by the Family Health strategy professionals. How does it happen and which professionals decide by facing the health needs from the population. The study was descriptive, in the qualitative perspective based on the Nursing Praxis Intervention Theory in Collective Health – TIPESC, whose methodology to interpret the speeches was validated in the dialectic hermeneutics. The technique to the work process analysis was done according to the Analysis Flowchart from a Health Service Care Pattern proposed by Merhy (1997) and altered by Fracolli (1999). The set of semi-structured interviews performed with physicians, nurses, nursing auxiliaries, and community health agents from the family health teams is the source of empirical material of this study. The results showed the following senses which orientate the health identification needs by the professionals: health needs related to injuries and health needs related to bad life quality. The outputs which resulted in rendering health needs, medical appointments, proceedings, equipment, medication, and specialized attention are in accordance with the senses which permeate the needs identification. It means that they bring a health conception associated to diseases. As far as the decision for facing needs the decision for rendering services belongs to the Professional who has had the first contact with the situation as much as the health team, having as a starting point the home visits data or consultation with the Basic Health Unit (UBS). It is possible to conclude that the ways that the Family Health Teams recognize and face the health needs presented by the population are linked to the health and sickness conceptions which are present in the assistance model in which the service is organized, as well as the quotidian service practices are developed in the working process of the health teams. Thus, such conceptions represent one of the limits to be overcome in order to advance towards an assistance pattern whose practices aim at integrating care having health needs as their guidelines.

Keywords: health needs, work process, Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa da localização da área de Campo Limpo no município de São Paulo e seus respectivos distritos administrativos...	46
Figura 2 - Pirâmide populacional da Subprefeitura de Campo Limpo.....	47
Quadro 1 - Quadro das Unidades Básicas de Saúde e equipes de SF.....	49
Figura 3 - Mapa da distribuição das UBS nos bairros do distrito de Capão Redondo.....	50
Figura 4 - Equipe Safira – Fluxograma 1.....	68
Figura 5 – Equipe Safira – Fluxograma 2	69
Figura 6 - Equipe Safira – Fluxograma 3.....	70
Figura 7 - Equipe Safira – Fluxograma 4	71
Figura 8 - Equipe Esmeralda - Fluxograma 1	73
Figura 9 - Equipe Esmeralda - Fluxograma 2	74
Figura 10 - Equipe Esmeralda - Fluxograma 3	75
Figura 11 - Equipe Esmeralda - Fluxograma 4	76
Figura 12 - Equipe Topázio - Fluxograma 1	77
Figura 13 - Equipe Topázio - Fluxograma 2	78
Figura 14 - Equipe Topázio - Fluxograma 3	79
Figura 15 - Equipe Topázio - Fluxograma 4	80
Figura 16 - Equipe Ametista – Fluxograma 1	81
Figura 17 - Equipe Ametista – Fluxograma 2	82
Figura 18 - Equipe Ametista – Fluxograma 3	83
Figura 19 - Equipe Ametista – Fluxograma 4	84

LISTA DE SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Ambulatório de Especialidades
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CECCO	Centros de Convivência e Cooperativa
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS
DST	Doença Sexualmente Transmitida
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleos de Integração e Reabilitação
NISA	Núcleo Integrado de Saúde Auditiva
PA	Pronto Atendimento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS-SP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TIPESC	Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASP	Centro Universitário Adventista de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. OBJETIVOS.....	20
3. BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS	21
3.1 A Atenção Básica e a estratégia Saúde da Família	21
3.2 Necessidades de Saúde	26
3.3 Processo de Trabalho em Saúde.....	34
4. CAMINHO METODOLÓGICO	42
4.1 Cenário do estudo	45
4.1.1 O Distrito de Capão Redondo.....	48
4.1.2 A UBS Jardim Comercial	51
4.2 Fonte do material empírico	52
4.3 Análise dos dados.....	54
4.3.1 A hermenêutica dialética	54
4.3.2 O Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção de um Serviço de Saúde	56
5 O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO RECONHECIMENTO E ENFRENTAMENTO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE	58
5.1 Os sentidos que norteiam a identificação de necessidades de saúde pelos profissionais da estratégia Saúde da Família....	60
5.2 Os Fluxogramas do Processo de Trabalho das Equipes.....	67
5.3 O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família no enfrentamento às necessidades de saúde: as entradas, os produtos e as decisões.....	85
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
7 REFERÊNCIAS	104
APÊNDICE 1 -	109
APÊNDICE 2 -	110
ANEXO 1 –	111
ANEXO 2 –	112

Apresentação

O interesse para a realização deste estudo tem origem na minha trajetória profissional, calcada na atuação de cunho mais assistencial na rede pública de saúde do Distrito Federal, na experiência como docente de cursos de profissionalização para auxiliares e técnicos de enfermagem e no trabalho realizado junto à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, como consultora técnica na área de educação profissional de técnicos de nível médio.

Estas vivências profissionais em diferentes dimensões de atuação me fizeram refletir sobre os diferentes cenários e contextos que envolvem o cotidiano dos processos de trabalho que se desenvolvem no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em especialmente aqueles das equipes da estratégia Saúde da Família, por ser este o dispositivo eleito para a implementação dos princípios norteadores da política de saúde brasileira. Assim, busquei ingressar na pós-graduação no âmbito de mestrado, com o intuito de ampliar a compreensão sobre o processo de trabalho na saúde e, especialmente, sobre os processos de trabalho que vivencio no cotidiano profissional.

No decorrer do primeiro semestre do Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, o tema necessidades de saúde me despertou profundo interesse, por compreender, ainda que de forma incipiente, que a partir delas é possível estabelecer políticas de saúde mais eficazes e equânimes. Simultaneamente, tive a oportunidade de ingressar no grupo de pesquisa sobre necessidades de saúde, cuja condução está sob a responsabilidade de minha orientadora.

A cada momento que buscava compreender os pressupostos e os conceitos relacionados a necessidades de saúde, reportava-me às experiências vividas no serviço de saúde enquanto enfermeira assistencial e especialmente no âmbito do Ministério da Saúde, no papel de técnica especializada na formulação e implementação de políticas direcionadas à educação em saúde.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM 648, de 28/03/2006 (Brasil, 2006), elegeu a estratégia Saúde da Família como principal dispositivo para o fortalecimento da Atenção Básica no País, cujos princípios gerais são: ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional, atuar no território (realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade em que atua), buscando o cuidado dos indivíduos e famílias ao longo do tempo e mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população.

Por meio da Estratégia Saúde da Família busca-se, assim, tanto fortalecer o Sistema Único de Saúde – SUS quanto (re) construir um modelo de atenção voltado para uma compreensão mais abrangente do processo saúde-doença, para que as ações possam ser mais resolutivas e que conte com gestores e trabalhadores de saúde mais comprometidos. Porém, considerando que a Atenção Básica é o “contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde” (Brasil, 2006, p. 10), no que tange aos trabalhadores da saúde é necessário que as práticas de saúde e os processos de trabalhos também passem por mudanças, de modo que possam desenvolver capacidades de identificação das necessidades de saúde da população do território de abrangência.

Diante deste contexto, portanto, surgiram as questões que estiveram presentes no desenvolvimento deste estudo: de que

maneira os profissionais de saúde decidem o que é ou não é necessidade de saúde dos indivíduos, dos grupos, das comunidades? Que lógicas e conceitos norteiam a identificação das necessidades de saúde pelas equipes da estratégia Saúde da Família? No trabalho da equipe de saúde da estratégia Saúde da Família, a quem cabe a decisão sobre o que é ou não necessidade de saúde da população atendida em seu território de abrangência?

1. Introdução

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986 constituiu novo marco na política de saúde no Brasil, possibilitando a ampliação do conceito de saúde. Em seu documento final a saúde é definida como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 04).

O documento final resultante da conferência serviu de base para as discussões na Assembléia Nacional Constituinte, culminando com o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que define “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, p. 55).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988 e considerado uma das ações de relevância pública, buscava interferir nas condições de saúde e na assistência prestada à população brasileira, cuja concepção estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania (Brasil, 2007).

Deste modo, a necessidade de instituir a política de saúde por meio da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), fez com que o Ministério da Saúde (MS) propusesse, a partir de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), que passou a ser a principal estratégia para

a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS (Brasil, 1998).

O principal objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, centrado no hospital e voltado para cura de doenças. Neste sentido, busca priorizar as ações promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e famílias, de forma integral e contínua (Brasil, 2001).

Estruturado na lógica da atenção básica à saúde, o PSF foi eleito por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), do Ministério da Saúde, como estratégia prioritária, tanto para sua organização quanto para ordenação das redes de atenção à saúde de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006). Neste sentido, transformar o programa em uma estratégia de organização representa um progresso para a implementação do SUS, tendo em vista que amplia a reorganização da prática da atenção à saúde em novas bases, na busca de possibilitar maior acesso aos indivíduos e suas famílias.

No que compete aos profissionais das equipes de Saúde da Família, o anexo I da Portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006 (Brasil, 2006), traz as atribuições globais para estes profissionais, e dentre elas duas merecem especial destaque, pois dizem respeito a necessidades de saúde: “realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo” e “realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local” (Brasil, 2006, p. 42)

Portanto, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, pelo Ministério da Saúde, é possível depreender que o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população de um dado território de abrangência estão estreitamente vinculados aos princípios básicos do SUS, em especial aos conceitos de integralidade e equidade, na medida em que implicam por parte das equipes de saúde o esforço de tradução e atendimento às mesmas.

Neste sentido, Mandú (2004) aponta que a inter-relação entre as necessidades, as demandas e o acolhimento dos serviços é bastante complexa, uma vez que a saúde depende amplamente, dentre outros fatores, da qualidade de vida, do modo de caracterizá-la, da tradução cultural da saúde-doença e cura, do perfil de proteção social presente no setor e dos modos de atenção construídos e direcionados às necessidades humanas. Diante de tal contexto, pode-se dizer que, assim como as necessidades humanas, a necessidade de saúde é social e historicamente determinada.

Cecilio (2006) considera que as necessidades de saúde podem ajudar os trabalhadores, as equipes, os serviços e a rede de serviços a fazer uma melhor escuta das pessoas que buscam cuidados em saúde, tomando suas necessidades como centro de suas intervenções e práticas. O autor destaca que o desafio seria conseguir fazer uma conceituação de necessidades de saúde que pudesse ser apropriada e implementada pelos trabalhadores de saúde nos seus cotidianos, como algo que os permitisse fazer uma mediação entre a incontornável complexidade do conceito e sua compreensão e apropriação, visando uma atenção mais humanizada e qualificada.

Desta forma, sugere a organização taxonômica das necessidades de saúde em quatro grupos: o primeiro diz respeito a se ter "boas condições de vida"; o segundo fala da necessidade de se ter

acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; o terceiro diz respeito à necessidade de ter vínculo com um profissional ou com uma equipe de saúde e o quarto à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia na escolha do “modo de andar a vida” (Cecílio, 2006).

Os quatro grupos de necessidades de saúde propostos por Cecílio (2006), nos possibilitam ampliar a compreensão da dinamicidade e complexidade do trabalho em saúde, visto que ao mesmo tempo em que se configura como momento de trabalho, também é configurado como o espaço de encontro entre trabalhadores e usuários. E tal encontro é permeado por saberes e experiências diversas, práticas assistenciais e subjetividades, que dizem respeito tanto aos usuários quanto aos trabalhadores de saúde envolvidos na produção do cuidado.

Reportando-se às relações entre as práticas e as necessidades de saúde, cabe citar Silva e Formigli (1994), para as quais estas relações podem ser apreendidas a partir de duas vertentes principais. A primeira delas consiste na busca dos seus significados econômicos, políticos e ideológicos, bem como da especificidade dessas relações em sociedades concretas. A segunda refere-se à capacidade das práticas modificarem uma dada situação de saúde, atendendo ou não às necessidades de saúde de determinada população, ou seja, abrange a discussão sobre suas características e seus efeitos.

No processo de produção em saúde, os processos de trabalho produzem atos de saúde que são atos cuidadores, quando articulados entre si. Estes, por sua vez, têm por finalidade intervir nos problemas de saúde, com vistas à satisfação das necessidades de saúde do usuário. Isto equivale a dizer que os trabalhadores de saúde ao produzirem atos de saúde, intervêm nos problemas de saúde. No entanto, a forma como estes trabalhadores reconhecem o que é

problema de saúde e os critérios que utilizam para decidir como devem abordá-lo interferem diretamente no resultado que se pode alcançar e na satisfação da necessidade do usuário (Merhy, 1997).

Os trabalhadores de saúde no encontro com os usuários têm certa autonomia para a tomada de decisão, visto que operam num espaço de autogoverno (Merhy, 1997). Igualmente, compreende-se que as práticas em saúde, embora apresentem todo um arcabouço técnico-científico, são profundamente condicionadas por valores éticos, morais, ideológicos e subjetivos dos profissionais, pois envolvem julgamentos e decisão pessoal nas situações concretas dos serviços e nos encontros com os usuários.

Diante do exposto, e com base nos conceitos e elaborações anteriormente apresentadas, buscou-se neste estudo investigar quais ***as lógicas que norteiam a identificação das necessidades de saúde pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e a quem cabe no trabalho da equipe, a decisão sobre o que é ou não necessidade de saúde da população atendida em seu território de abrangência.***

O presente estudo buscou contribuir para um olhar mais ampliado sobre o processo de trabalho em saúde e suas práticas, para além das estruturas formais de organização do sistema de saúde, no sentido de desvelar as nuances que impactam no processo de decisão para reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população.

2. Objetivos

Considerando a importância de compreender os processos de trabalho em saúde, especialmente àqueles afetos à estratégia Saúde da Família, no que tange à identificação de necessidades, este estudo tem como objetivos:

Geral

- Compreender, no cotidiano do processo de trabalho em saúde, os modos pelos quais os profissionais das equipes de Saúde da Família reconhecem e enfrentam as necessidades de saúde apresentadas pela população usuária do serviço.

Específicos

- Reconhecer os sentidos que norteiam a identificação de necessidades de saúde pelos profissionais da estratégia Saúde da Família.
- Investigar como, no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, ocorre o enfrentamento às necessidades de saúde da população usuária do serviço.
- Identificar que profissionais decidem pelo enfrentamento às necessidades de saúde na área de abrangência das equipes da estratégia Saúde da Família.

3. Bases teórico-conceituais

Tomando como ponto de partida os objetivos do estudo, busca-se neste tópico desenvolver as categorias conceituais¹ que irão demarcar a compreensão do objeto de estudo. Assim, decidimos por trazer alguns aspectos referentes à Atenção Básica e estratégia Saúde da Família e uma conceituação mais geral de necessidades e processo de trabalho para, em seguida, abordar tais concepções referidas ao campo da saúde.

3.1 A Atenção Básica e a estratégia Saúde da Família

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada pelo Ministério da Saúde em 2006, aponta para uma redefinição dos princípios gerais da Atenção Básica, bem como estabelece diretrizes afetas às responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, as regras de financiamento, características do processo de trabalho e atribuições dos profissionais. Inclui também as especificidades da estratégia Saúde da Família e reitera o propósito de que a Atenção Básica venha se consolidar como a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde (Brasil, 2006).

Dentre as principais alterações trazidas pela PNAB, destaca-se o conjunto de princípios gerais que devem conduzir a Atenção Básica, assim como a mudança da nomenclatura da Saúde da Família de “programa” para “estratégia”, com vistas a estabelecer a Saúde da Família como a forma principal por meio da qual se pretende chegar à reorientação do modelo de atenção (Brasil, 2006). Os princípios

¹ Segundo Egry (1996, p.51), “[...] um conjunto totalizante de noções e idéias historicamente construídas que demarcam em seus espaços as partes interligadas do fenômeno considerado”.

gerais da Atenção Básica apresentam-se em consonância com aqueles que regem o SUS, assim como convergem com as características da Atenção Primária à Saúde.

Deste modo, no que concerne aos princípios da Atenção Básica a PNAB estabelece:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, devendo ser desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (Brasil, 2006, p. 10).

No que se refere ao desenvolvimento das ações de saúde, a Atenção Básica implica no uso de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, no intuito de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Do ponto de vista do acesso, deve se constituir no contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, orientando pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. No campo das práticas de saúde, é importante e necessário que os sujeitos sejam considerados em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Quanto às equipes de Saúde da Família, no âmbito da PNAB, são responsáveis pela promoção da saúde, pelo atendimento da demanda espontânea e programada, por atividades de prevenção de

doenças, manutenção de saúde e atenção a fases específicas do ciclo de vida, devendo ter seu foco dirigido à promoção e manutenção da saúde. Neste sentido, toda a equipe de saúde é co-responsável pelo processo de atenção aos problemas, assim como pelas práticas promotoras de saúde, respeitando-se os limites de cada categoria profissional. Sendo assim, no processo de trabalho das equipes da estratégia Saúde da Família, um dos temas a serem investigados neste estudo, as seguintes ações estão prescritas (Brasil, 2006):

- Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território; definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
- Diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
- Prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- Trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados

para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

- Valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
- Promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e
- Acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Portanto, a PNAB ao definir a Saúde da Família como a estratégia organizativa da Atenção Básica no SUS, aponta para a necessidade de tornar a prática assistencial desenvolvida neste campo uma prática integral na atenção às necessidades em saúde dos indivíduos, ou seja, pautadas pela integralidade da atenção.

Segundo Pinheiro (2002, p.15), “a integralidade pode ser entendida como uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema”. A autora afirma que para além dos obstáculos concretos na construção do SUS, mormente os desafios para garantir a integralidade como direito a serviços no sistema de saúde, alguns avanços importantes podem ser identificados na reorganização de serviços, especialmente aqueles que apontam o acolhimento e o vínculo como diretrizes operacionais para a materialização dos princípios do SUS, em particular a integralidade, universalização e equidade em saúde

No entender de Mattos (2004), o termo integralidade além de designar um dos princípios do SUS, expressa uma das bandeiras de luta do chamado movimento sanitário, que, de certo modo, tem funcionado como uma imagem-objetivo, ou seja, como uma forma de indicar as características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com características vigentes. O autor, ao desenvolver um estudo sobre os diversos sentidos do termo integralidade no contexto da luta pela reforma sanitária, identificou três conjuntos de sentidos:

Um primeiro aplicado a características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde. Aqui, a integralidade se referia, sobretudo à abrangência dessas respostas governamentais, no sentido de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais. Um segundo conjunto de sentidos era relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde. Um terceiro era voltado para atributos das práticas de saúde (Mattos, 2004, p.1411-12).

Enquanto atributo das práticas de saúde, o autor destaca que a integralidade se manifesta por uma apreensão ampliada das necessidades do sujeito, que englobe tanto as ações de assistência como as voltadas para a prevenção de sofrimentos futuros e pela capacidade de contextualizar adequadamente as ofertas a serem feitas àquele sujeito, de modo a identificar os momentos propícios a tal oferta. Dito de outra forma, o autor defende que o que caracteriza a integralidade é a apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente essa habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde.

3.2 Necessidades de Saúde

Neste tópico, busca-se trazer os diversos entendimentos e sentidos que assumem os termos necessidades e necessidades de saúde, objetivando iluminar o objeto de estudo.

Segundo Heller (1986, p. 170) necessidade define-se como um “desejo consciente, aspiração, intenção dirigida a todo o momento para certo objeto e que motiva a ação como tal. O objeto em questão é um produto social, independentemente do fato de que se trate de mercadorias, de um modo de vida ou de outro homem”.

A autora aponta para a existência de dois tipos de necessidades: as necessidades naturais, enquanto sinônimo de necessidades físicas e necessidades necessárias; e as necessidades socialmente determinadas ou necessidades sociais. Neste sentido, assim se caracterizam as necessidades naturais e sociais:

As necessidades naturais aparecem através da determinação do valor da força de trabalho, ou seja, o alimento, a vestimenta, a calefação, a habitação, variando de acordo com o clima e demais condições naturais de cada país. O volume destas necessidades naturais e maneira de satisfazê-las são produtos históricos [...]. As necessidades necessárias para manter o homem como ser natural também são sociais. [...] As necessidades necessárias são sempre crescentes e geradas mediante a produção material. (Heller, 1986, p. 30-35)

As necessidades sociais podem ser analisadas do ponto de vista da necessidade e do ponto de vista do social [...]. A objetivação social e as necessidades sempre se encontram em correlação: a primeira fixa o âmbito e delimita a extensão das necessidades dos homens que vivem em uma dada sociedade e isto explica por que são pessoais (p. ex. aspiram possuir algo) e simultaneamente sociais (o objeto vem proporcionado por uma objetivação social). (Heller, 1986, 169-171)

Heller (1986) considera que não existem as necessidades naturais, mas sim as necessidades existenciais e as necessidades propriamente humanas. As necessidades existenciais são

ontologicamente primárias e estão baseadas nos instintos de autoconservação, como a necessidade de alimentar-se, a necessidade sexual, a de contato social e a necessidade de atividade. Assim sendo, não podem ser naturais porque estão sujeitas à interpretação como necessidades concretas, tendo em vista a sua inserção em determinado contexto social.

No caso das necessidades propriamente humanas, distintamente das necessidades naturais, o impulso natural não desempenha nenhum papel, pois estão determinadas historicamente e não se dirigem apenas para a sobrevivência. Dentre elas encontram-se o descanso ou o repouso superior ao necessário para a reprodução da força de trabalho, uma atividade cultural, o jogo para adultos a reflexão, a amizade, o amor, a realização de si na objetivação, a atividade moral, assim como, as necessidades alienadas, como o dinheiro, o poder e a posse.

Doyal, Gough (1994), compreendem as necessidades como o conjunto de pré-condições da existência humana, como pré-requisitos de uma vida autônoma dentro de sociedades que presumivelmente têm objetivos gerais de criar cidadãos com vidas livres e emancipatórias, independentemente da cultura, e que devem ser satisfeitas para que se possa participar também de outros objetivos individuais e sociais. Para tanto, defendem que as necessidades humanas são históricas, construídas socialmente e, sobretudo, universais.

Os autores afirmam que as necessidades sociais básicas são direitos morais que se transformam em direitos sociais e civis por meio das políticas sociais, cujas formas concretas variam de cultura para cultura, assim como os modos de satisfação. Desta forma, consideram imprescindível a presença do Estado para garantir a universalização dos direitos sociais e o atendimento ótimo das

necessidades, impedindo a exclusão social daqueles grupos que não são capazes de defender seus interesses.

Também baseadas em Marx, Mandú, Almeida (1999) defendem que o ser humano e suas necessidades definem-se a partir da existência concreta, ou seja, os homens e suas necessidades não são uma mera abstração, mas parte da história. Assim reportam-se à afirmação de Marx de que existem necessidades verdadeiras, que se enraízam na natureza do homem, e que por isto, são indispensáveis à efetivação da essência humana na existência concreta, como a necessidade de liberdade, de independência, de criação, além das relacionadas à manutenção da vida, como comer, dormir, vestir-se.

Mendes Gonçalves (1992) aponta que existe uma circularidade entre necessidades e os processos de trabalho, entendido como a seqüência de operações que transforma um objeto de trabalho em um produto, visto que o processo de trabalho contém, em um dos seus momentos, a necessidade que dá origem ao processo que, por sua vez, terminará em um produto, que potencialmente responderá à necessidade. Por outro lado, esta necessidade poderá ser reiterada ou se ampliará, dando origem a outro processo de trabalho. Assim o autor assevera que necessidades não são naturais, nem iguais, pois desiguais são a distribuição e o consumo dos processos de trabalho, o que remete à compreensão das necessidades sociais como sinônimos de necessidades de reprodução do modo de produção

Ainda conforme o autor, sendo as necessidades assentadas e determinadas pelo estágio de desenvolvimento dos meios de produção e que, no decorrer da história, tais meios alternam-se e substituem-se, as necessidades também não podem ser consideradas acabadas ou inalteráveis. Deste modo, nas sociedades capitalistas, as necessidades vêm se tornando mais complexas e sofisticadas para alguns, visto que se encontram mais distanciadas das necessidades

de sobrevivência, porém para outros se tornam cada vez mais próximas do limite mínimo para a manutenção da vida.

No campo das necessidades de saúde, Campos, Bataiero (2007), apontam que a complexidade do tema e sua relação com os serviços de saúde têm sido abordadas em diversos estudos no campo da Saúde Coletiva. No entanto, embora partindo de diferentes disciplinas, tais estudos evidenciaram a mesma tendência de considerar que o conceito de necessidades de saúde eleito pelos serviços de atenção à saúde tem sido o operacional, ou seja, aquele utilizado para selecionar o objeto da atenção à saúde.

Nesta direção, Schraiber, Gonçalves (1996), defendem que necessidades de saúde estão relacionadas à assistência, cuidados e oferta de serviços de saúde. O usuário busca uma intervenção em algo que significa ao usuário uma falta, um carecimento. Dessa forma, os autores afirmam que “o modo de organizar socialmente as ações em saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços será não apenas resposta a necessidades, mas, imediatamente contexto instaurador de necessidades” (Schraiber, Gonçalves, 1996, p. 30).

Mandú, Almeida (1999), admitem que refletir sobre necessidades em saúde e o modo como orientam o trabalho nesse campo requer a consideração ao modo como se apresentam tais necessidades, o que implica refletir sobre a criação e a satisfação social das necessidades humanas e da relação do trabalho em saúde com o sistema de necessidades.

As autoras argumentam que as necessidades em saúde, nas sociedades modernas, têm tanto valor de uso como valor de troca, e se materializam em produtos que podem ser utilizados e comercializados por meio do mercado. Sendo assim, as necessidades

em saúde são manipuladas socialmente, no sentido de serem criadas ou ocultadas, mas sempre segundo interesses que predominam a partir de uma lógica de consumo e/ou lucro crescente. De um modo geral as autoras entendem que o trabalho, e mais especificamente, o trabalho desenvolvido no campo da saúde, têm como finalidade última a satisfação de necessidades estabelecidas na dinâmica social.

De acordo com Stotz (1991), citado por Campos (2004), as necessidades de saúde estão situadas no nível das necessidades sociais mais gerais, porém, mesmo que social e historicamente determinadas, só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual, numa relação dialética entre o individual e o social. O autor, ao investigar como as demandas sociais por saúde podem constituir determinados sujeitos coletivos, propõe um conceito operacional de necessidades de saúde capaz de contemplar a perspectiva dos sujeitos individuais e coletivos, com vistas a subsidiar teórica e metodologicamente a área de planejamento em saúde.

Campos (2004), ao pesquisar quais são as necessidades de saúde reconhecidas como objeto da ação em saúde, em termos do conceito e das transformações que operam nos serviços de saúde, chegou à seguinte tipologia de necessidades de saúde:

- **Necessidade da presença do Estado**, representados pelo acesso ao consumo de bens produzidos nos serviços públicos, tendo em vista que este deve ser responsável pela garantia dos diversos serviços que promovem o bem-estar social da população e que sua ausência está intimamente ligada à falta de acesso a direitos universais;

- **Necessidades de reprodução social**, relacionadas às diferentes formas de produzir e de consumir na sociedade, onde o processo saúde-doença representa o embate entre os potenciais de fortalecimento e desgaste advindos dos perfis de reprodução social; e
- **Necessidade de participação política**, por meio da qual ocorre a discussão e o embate das necessidades e dos interesses das classes e grupos organizados da sociedade civil, no exercício da defesa dos direitos.

A autora aponta que a atenção à saúde deve estar pautada numa leitura de necessidades de saúde que apreenda as formas como os sujeitos se reproduzem socialmente, pois essas necessidades são decorrentes das formas como os grupos se inserem na reprodução social. Neste sentido, responder a necessidades de saúde significaria implementar processos de trabalho numa perspectiva intersetorial, a partir do reconhecimento das necessidades de saúde das diferentes classes sociais que compõem o território.

Cecilio (2006), tendo por referência o estudo desenvolvido por Stotz (1991), lança mão das necessidades de saúde como um analisador das práticas de saúde na direção da integralidade e da equidade, assim como propõe uma definição ampliada de integralidade a partir destas. Na confluência entre necessidades e integralidade, o autor aponta que:

[...] a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) ou um hospital. Poderíamos denominá-la "integralidade focalizada", na medida em que seria trabalhada no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde. Nesse encontro do usuário com a equipe, haveriam de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das **necessidades de saúde** trazidas por aquela pessoa que

busca o serviço, apresentadas ou "travestidas" em alguma (s) demanda(s) específica(s). (Cecílio, 2006, p. 117-8, grifo nosso)

Neste caso, a demanda representa as solicitações ou a forma como os usuários apresentam aos serviços e aos profissionais as suas necessidades, que podem ser por exames, consulta médica, aquisição de medicamentos ou procedimentos, porém as necessidades podem ser outras. Por outro lado, o autor destaca que a demanda também pode se configurar como necessidades vinculadas à oferta que os serviços trazem, ou seja, há uma conexão entre a assistência, cuidados e oferta de serviços de saúde, conforme também apontam Schraiber, Gonçalves (1996).

Buscando fazer uma conceituação de necessidades de saúde, o autor, com base em Stotz (1991), reconhece que as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas ou construídas, e que só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual. Também assume ser quase inevitável a adoção de alguma taxonomia de necessidades de saúde, que possa ser apropriada e implementada pelos trabalhadores de saúde nos seus cotidianos. Assim, propõe que as necessidades de saúde podem ser apreendidas, de forma bastante completa, em uma taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos. O primeiro diz respeito a:

[...] se ter "**boas condições de vida**". [...] no sentido de reconhecer que "boas condições de vida" poderiam ser entendidas tanto no sentido mais funcionalista, que enfatiza os fatores do "ambiente", "externos", que determinam o processo saúde-doença [...], como nas formulações de autores de extração marxista [...], que enfatizam os diferentes lugares ocupados por homens e mulheres no processo produtivo nas sociedades capitalistas como as explicações mais importantes para os modos de adoecer e morrer [...]. (Cecílio, 2006, p. 116, grifo nosso).

O segundo conjunto de necessidades de saúde refere-se à **necessidade de ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida**, tomando como

referência os conceitos de tecnologias leve, leve-dura e dura propostos por Merhy (1997), sem hierarquizá-las, mas questionando o pensamento corrente de que as tecnologias duras (relacionadas a equipamentos) seriam mais complexas do que as tecnologias leves (com base nas relações entre os atores). O autor trabalha com a idéia de que o valor de uso que assume cada tecnologia é sempre definido a partir da necessidade de cada pessoa.

O terceiro conjunto diz respeito à **criação de vínculos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional**, no sentido de estabelecer uma relação contínua, de confiança, para além da adscrição, no dizer do autor, um “encontro de subjetividades”. O quarto conjunto de necessidades diz respeito à **necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida**. Em relação a este último, o autor aponta que:

A reconceitualização dessa necessidade é que informação e educação em saúde são apenas parte do processo de construção da autonomia de cada pessoa. A autonomia implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível. (Cecílio, 2006, p. 117)

Desta forma, para além da discussão do consumo e acesso a determinados serviços, a integralidade² remete ao campo da micropolítica de saúde e suas articulações, o que implica em repensar importantes aspectos do processo de trabalho em saúde, ao qual o conceito de necessidades em saúde deve ser incorporado,

²Compreende-se que a integralidade das práticas de cuidado no processo de trabalho envolve: a concepção da clínica ampliada, segundo a qual o centro da atenção se desloca do profissional para a equipe responsável pelo cuidado, da doença para a pessoa que corre o risco de adoecer, assim como para os modos como ela adoecer e para a realidade em que ela vive; o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar; a ação intersetorial e; o conhecimento e a capacidade de trabalhar com as informações epidemiológicas, demográficas, econômicas, sociais e culturais da população de cada local (Brasil, 2005, p. 18).

mesmo quando apreendidas e transformadas em práticas na sua dimensão individual.

3.3 Processo de Trabalho em Saúde

A intenção, neste item, é abordar as características do processo de trabalho em saúde de modo a possibilitar maior compreensão e apreensão do objeto de estudo.

Marx citado por Egry (1996) afirma que o trabalho é um processo no qual o homem transforma a natureza e, ao transformá-la, acaba por transformar-se a si mesmo. Neste sentido, o trabalho humano diferencia-se dos demais porque ao seu final tem-se um resultado que já estava idealmente no pensamento, sendo sempre orientado a um fim (caráter teleológico).

A autora aponta que Marx distingue três elementos constitutivos do processo trabalho: a finalidade, que vem a ser antevisão do objeto transformado; o objeto, que é a matéria a ser transformada e; os meios e instrumentos, que são as coisas ou complexo de coisas que o trabalhador coloca entre si e o objeto de trabalho. Assim, o homem, na sua necessidade histórica e social de transformar a natureza, se utiliza dos instrumentos para transformação do objeto.

Mendes-Gonçalves (1994), um dos autores seminais no que se refere a investigar a categoria trabalho no campo da saúde, concebeu a dimensão do trabalho e a dimensão do conhecimento científico como intrinsecamente históricas e com compromissos sociais. Segundo o autor, os saberes que conformam o conhecimento científico na área da saúde, juntamente com os demais instrumentos do trabalho, recortam da realidade os elementos que virão a constituir o objeto da intervenção em saúde.

Desta forma, o autor propõe, em seu processo de construção teórica, a categoria saber operante, por meio da qual o agente do trabalho surge como um mediador, que estabelece relações entre os conhecimentos científicos, os saberes e as dimensões ético-políticas de ambos, na prática cotidiana do trabalho (Mendes-Gonçalves, 1994). Outra categoria desenvolvida pelo autor é o conceito de tecnologia, que na sua compreensão, não se resume ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, mas sim ao conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social.

Ainda em relação ao processo de trabalho, o autor defende que este contém, tanto em sua forma comunitária quanto em qualquer outra, a reprodução das relações desiguais dos homens entre si, visto que se trata, em síntese, das relações dos homens com as condições objetivas de produção. Neste sentido, entende ser necessário compreender os processos de trabalho e os carecimentos como estruturas reciprocamente relacionadas que recobrem o conjunto da vida social (Mendes Gonçalves 1992).

Mishima e outros (1997) também assinalam que no trabalho em saúde os instrumentos correspondem às formas materiais e não materiais que possibilitam a apreensão do objeto e constituem os saberes específicos (epidemiológico, clínica, educação em saúde, dentre outros), insumos, técnicas de ação (medidas de profilaxia, planejamento, avaliação e controle), equipamentos (radioimagem, laboratórios) e toda a tecnologia disponível, voltada para o atendimento das necessidades em saúde.

Segundo Pires (2000, p. 85),

[...] o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

Segundo a autora esse trabalho em sua maioria é coletivo, ou seja, realizado por diversos profissionais de saúde e diversos outros grupos de trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional, e envolve características tanto do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho, como características do trabalho profissional do tipo artesanal.

Porém o trabalho em saúde difere do consumo de serviços em geral, pois o usuário não se porta como um consumidor comum diante da mercadoria, visto que não dispõe de conhecimentos técnicos ou das informações necessárias para a tomada de decisão sobre o que irá consumir. Além disso, trata-se de um processo que envolve a atuação de um conjunto de categorias e indivíduos que compartilham recursos técnicos e cognitivos, cuja produção depende do trabalho coletivo. Desta forma, constitui-se em ação bastante complexa, por envolver tanto a articulação de diferentes processos quanto os saberes e instrumentos específicos dos profissionais que nele atuam (Malta, Merhy, 2003).

Peduzzi (2002, p. 83), ao trazer a discussão das mudanças ocorridas no processo de trabalho em saúde, afirma que:

Dadas às características de setor terciário e as peculiaridades do objeto de trabalho – as necessidades de saúde, sentidas e trazidas aos serviços pelos sujeitos/usuários e apreendidas e interpretadas tecnicamente pelos sujeitos/ agentes do trabalho – o trabalho em saúde configura-se como trabalho reflexivo, destinado à prevenção, manutenção ou restauração de “algo” (a saúde) imprescindível ao conjunto da sociedade.

A autora também chama a atenção para a proximidade de algumas características do trabalho em saúde do novo modo de operar o trabalho na sociedade contemporânea:

A nosso ver, tais semelhanças dão-se pela configuração do primeiro como trabalho reflexivo, e pela atual tendência à maior intelectualização do trabalho em geral, sobretudo pela incorporação da microeletrônica e da informática. Salientamos, portanto, a natureza peculiar do trabalho em saúde e a forma particular como desenvolveram-se os estudos nesse campo, atribuindo relevância à dimensão do saber. Como trabalho reflexivo, o trabalho no setor saúde é dotado de incertezas e descontinuidade, o que acarreta a impossibilidade de normatizar completamente e *a priori* as funções técnicas e, também, de definir rígidos critérios econômicos de produção. (Peduzzi, 2002, p. 84)

Assim, destaca a autora, o trabalho em saúde, embora dotado destas características, ainda permanece sendo gerenciado nos moldes tayloristas e fordistas, o que implica constantes disputas entre as variadas autonomias profissionais e os constrangimentos organizacionais.

Para Merhy (1997), a discussão sobre processo de trabalho em saúde, passa necessariamente pela abordagem dos aspectos da micropolítica que o envolvem, visando publicizar o espaço e buscar novos sentidos e formatos. Assim, o autor ressalta a importância dos conceitos de "trabalho vivo" que se refere ao trabalho em ato, o trabalho criador e de "trabalho morto", que se refere a todos os produtos-meios (ferramentas e matérias primas) resultados de um trabalho humano anterior e que o homem utiliza para realizar um dado trabalho. Porém, o autor ressalta que quando o trabalho vivo é capturado de tal forma que o homem não consegue exercer nenhuma ação de forma mais autônoma, ele se torna trabalho morto.

Ainda em relação aos aspectos inerentes à micropolítica do trabalho em saúde, Malta, Merhy (2003) destacam que no encontro

do trabalhador de saúde com o usuário estabelece-se entre eles um espaço intercessor, de relações, onde ocorre a produção e o consumo dos atos de saúde. Porém no modelo de assistência a saúde hoje predominante, os espaços intercessores são preenchidos pela “voz” do trabalhador e pela “mudez” do usuário. Defende o autor:

Neste encontro, o “agente produtor” porta conhecimentos, equipamentos, tecnologias, enquanto o “agente consumidor” expressa também seus conhecimentos e representações. Estes agentes são ambos portadores de necessidades que, por sua vez, são definidas em processos sociais e históricos. Todo o processo de trabalho é atravessado por lógicas diferentes, que se apresentam como necessidades em disputa, como forças instituintes nas suas instituições. A presença de uma linha de força médico hegemônica, que se coloque positivamente, atua como instituinte no processo de trabalho em ato. A outra linha de força, a do usuário, também atua de forma instituinte na busca de sua “autonomia”. (Malta, Merhy, 2003, p. 64)

Para os autores, o trabalhador de saúde, no momento do encontro com o usuário, tem certa autonomia para decidir coisas, visto que opera num espaço de autogoverno que lhe permite, inclusive, privatizar o uso deste espaço, a depender do modelo tecno-assistencial adotado na instituição. Ou seja, pode-se dizer que o trabalhador exerce um domínio ou poder sobre o modo como a assistência vai ser ofertada aos usuários.

O autor observa que os critérios adotados nos momentos de decisão são muitos e variados, que impactam diretamente nos processos de aceitação do problema de saúde ou necessidade trazida pelos usuários. Neste sentido, considera importante investigar os distintos critérios que os serviços utilizam para dizer se o que o usuário está trazendo como um problema de saúde será ou não objeto de intervenção do serviço, assim como entende que por meio destes critérios é possível identificar com qual conceito de necessidades de saúde o serviço opera.

Segundo Franco (2003), a transição tecnológica ao operar uma nova configuração da Composição Técnica do Trabalho (razão entre trabalho morto e trabalho vivo no interior do processo de trabalho), centrada no trabalho vivo, pressupõe novas práticas e novas subjetividades estruturada no trabalho assistencial. Desta forma, defende que a subjetividade é um componente que deve ser considerado para análise dos processos de trabalho, por estar referida especialmente à esfera da micropolítica, bem como diz respeito à implicação dos diversos sujeitos com as questões pertinentes à mudança dos modelos assistenciais.

O autor afirma que, no caso da saúde, tem sido constante tratar da subjetividade como condição para a construção de sujeitos com a finalidade de protagonizarem processos de mudança institucional. No entanto, frisa não existir apenas uma subjetividade, mas subjetividades que são estruturadas a partir das experiências de cada pessoa, porém vinculadas a um determinado grupo. Tendo por referência Guatarri (1998), o autor entende que essas subjetividades podem ser capitalísticas, quando estruturadas pelo ideário do mercado, ou solidárias, vinculadas a ideários coletivistas.

Campos (1997) ao tratar o tema da gestão de pessoal, propõe a discussão do conceito de “obra”, que se refere ao reconhecimento, tanto por parte do trabalhador como do cliente e da sociedade, do resultado do trabalho. O autor justifica que a valorização deste tema na gestão de pessoal em saúde, deve-se à constatação de que a organização parcelar do trabalho em saúde e a conseqüente fixação do profissional a determinada etapa de certo projeto terapêutico produzem alienação.

Desta forma, defende a construção de uma nova subjetividade dos trabalhadores para o exercício profissional na assistência à saúde. Com base em sua experiência institucional, o autor defende

que o processo de gestão participativo pode vir a produzir sujeitos engajados com a proposta de mudança. Nesta direção, elabora um método para análise e co-gestão de coletivos, o qual denominou “Método da Roda” ou “Método Paidéia”, e discute a constituição do sujeito a partir desse método. O autor indica que os espaços de trabalho e das organizações sirvam para a construção de “novas subjetividades” e assinala:

[...] pensar a Gestão de Coletivos não somente com o objetivo da produção de bens ou serviços, mas também como um espaço com função pedagógica e ‘terapêutica’. Um lugar onde se produziria aprendendo e, também ao mesmo tempo, se reconstruiria a própria subjetividade. O fator Paidéia do Método da Roda. (Campos, 2000, p.145).

Malta, Merhy, (2003), compreendem o processo de trabalho como lugar estratégico de mudança do modelo assistencial, porém, desde que pautado pela ética do compromisso com a vida, por uma postura acolhedora, pelo estabelecimento de vínculos e pela busca da resolutividade e a criação de autonomia dos usuários, sem, contudo, negligenciar a necessária combinação entre a autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidade dos trabalhadores com os usuários (responsabilização³). Assim, entendem que a reorganização do processo de trabalho também passa pela qualificação da força de trabalho dos profissionais e pela integração dos profissionais na assistência, no sentido de resgatar o sentido do trabalho multiprofissional e qualificar o produto final ofertado.

Contudo, compreende-se a reorganização do processo de trabalho na saúde vinculada à necessária, e buscada, reorientação dos modelos assistenciais, aqui entendidos como “a forma com que o

³ Aqui entendida em duas vertentes: pelo lado do cidadão, significando o abandono de uma atitude passiva com relação à sua própria saúde e a busca da melhor qualidade de vida possível e pelo lado dos profissionais e do sistema, como a capacidade de assumir a responsabilidade pelos problemas de saúde de uma população ou um indivíduo, com vistas ao melhor atendimento de cada usuário (Brasil, 2005).

cuidado em saúde é produzido e se organiza na política de saúde para atender às necessidades da população, num determinado contexto sócio histórico” (Pires, 2005, p. 1031).

Em relação à mudança nos modelos assistenciais, Pires (2005, p. 1032), nos indica que “[...] falar em mudança de modelo assistencial pressupõe alterar a excessiva tecnificação que o cuidado sofre no processo de trabalho dos profissionais em saúde, que, por sua vez, se insere nas correlações de forças que conformam as políticas sociais”.

Considerando as relações estabelecidas no ato de cuidar como relativas e processuais, onde ajuda e poder se confrontam e se superam nas sínteses dos atos produzidos, a autora acredita que seja possível emancipar por meio da construção de autonomias dos sujeitos. Nesta direção, ressalta:

Pelo reconhecimento de saberes como meio para forjar poderes adormecidos, acreditando no fomento de projetos capazes de restabelecer corpo e subjetividades pasteurizadas, e apostando no incapturável do viver humano, a ajuda pode emancipar-se da tutela, produzindo efeito de poder mais igualitário. Emancipar pela ajuda pode ser possível pelo triedro emancipatório do cuidar – *conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar* – no qual conhecimento, poder e autonomia se tencionam para libertar o fazer humano das amarras que o sucumbem, potencializando utopias concretizáveis. (Pires, 2005, p. 1032)

Por fim, a autora afirma que para que o cuidado possa ser dinamizado como uma prática reconstrutiva da autonomia dos sujeitos, é necessário que os processos de trabalho e por extensão os modelos assistenciais, sejam impregnados de inovações e reconstruções capazes de fortalecer esta autonomia, sejam estes profissionais ou usuários do serviço.

4. Caminho Metodológico

Trata-se de um estudo descritivo, na perspectiva da pesquisa qualitativa, utilizando o enfoque da hermenêutica-dialética como base para interpretação dos dados, pois a compreensão do processo de trabalho dos serviços de saúde deve levar em conta tanto o processo histórico em seu dinamismo, provisoriedade e transformação social, quanto a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório.

Minayo (2006) defende que a abordagem dialética é mais fecunda para analisar os fenômenos históricos, visto que privilegia a contradição e o conflito, o fenômeno da transição e da mudança, o movimento histórico, a totalidade e a unidade dos contrários. Partindo do ponto de vista marxista, a autora defende que a dialética se constitui num processo infinito de revelação de novos aspectos e correlações, numa incessante busca de aprofundamento do conhecimento humano e num movimento de encontro da coexistência da causalidade com formas mais complexas de interdependência, de reprodução e de passagem da quantidade para a qualidade.

Neste sentido, a autora entende que a articulação entre a hermenêutica e a dialética constitui um importante caminho do pensamento para fundamentar pesquisas qualitativas, que permite cobrir o que chamou de uma “quase ausência” de pesquisas de fundamentação marxista que levem em conta a subjetividade.

O estudo fundamentou-se na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC, proposta por Egry (1996). A TIPESC, do ponto de vista da construção teórica, constitui-se num instrumental teórico-metodológico mais proximal da intervenção da enfermagem no processo saúde-doença da coletividade. Enquanto método apresenta a possibilidade de uma sistematização dinâmica de

captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social referentes à saúde e doença de uma dada coletividade.

A TIPESC propõe a aproximação dos fenômenos por meio de cinco etapas: captação da realidade objetiva, interpretação da realidade objetiva, construção do projeto de intervenção na realidade objetiva, intervenção na realidade objetiva e reinterpretação da realidade objetiva. O escopo teórico da TIPESC apresenta categorias conceituais e dimensionais, por meio das quais é possível estabelecer a compreensão dos fenômenos de uma dada coletividade.

Segundo Egry (1996, p.51), “a categoria conceitual representa um conjunto totalizante de noções e idéias historicamente construídas que demarcam em seus espaços as partes interligadas do fenômeno considerado”. Na TIPESC os principais conceitos desta categoria são sociedade, homem, processo saúde-doença, saúde coletiva, assistência à saúde coletiva, processo de ensinar e aprender e enfermagem.

As categorias dimensionais referem-se “ao conjunto de noções que lidam com o processo de desenvolvimento da teoria, no seu prisma operacional. Por não possuírem bordas rigidamente definidas, atravessam-se umas às outras” (Egry, 1996, p. 80). Elas são representadas pela totalidade, práxis e a interdependência do estrutural, do particular e do singular.

Para a finalidade de se aplicar a TIPESC em investigação científica, recorre às categorias interpretativas que representam a articulação entre a categoria conceitual e a categoria dimensional, no sentido da operacionalização metodológica da teoria. Define eixos de recorte operacional do processo total de intervenção, ou seja, são orientadoras para o recorte do fenômeno das dimensões estrutural,

particular e singular. Representam, também, o movimento dialético entre quantidade *versus* qualidade, situacionalidade *versus* historicidade, necessidade *versus* casualidade, conteúdo *versus* forma.

Sob o ponto de vista da TIPESC, a dimensão estrutural é constituída pela política de saúde desenvolvida no âmbito do sistema de saúde local, ou seja, do município de São Paulo, a dimensão particular refere-se à organização dos serviços frente às necessidades de saúde da população adstrita e a dimensão singular refere-se às lógicas utilizadas pelos trabalhadores da Equipe de Saúde da Família para decidir o que são necessidades de saúde desta população. No que concerne ao presente estudo, duas das cinco etapas propostas pela TIPESC foram implementadas, a captação e interpretação da realidade objetiva, voltadas para a dimensão singular do fenômeno. Quanto às demais etapas pretende-se que sejam desenvolvidas em estudos posteriores.

O presente estudo tem origem em um dos subprojetos do projeto de pesquisa intitulado “Limites e possibilidades dos sistemas de saúde locais no reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população: o PSF no município de São Paulo” (Egry e outros, 2006⁴), que está sob a Coordenação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) e Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP).

O projeto de pesquisa, assim como os demais subprojetos que dele foram oriundos, foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

⁴ Egry EY et alli Limites e possibilidades dos sistemas de saúde locais no reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população: o PSF no município de São Paulo. [projeto] Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. mimeo

e da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, que avaliaram a pertinência do mesmo, os objetivos da pesquisa e o retorno de benefícios para os sujeitos e para a comunidade, encontrando-se devidamente aprovados sob os Processos de nº. 563/2006/CEP-EEUSP (Anexo 1) e CAAE 0043/07/CEP/SMS (Anexo 2).

4.1 Cenário do estudo

O município de São Paulo, por meio da Lei Municipal de Nº. 13.399, de 1º de agosto de 2002 (São Paulo, 2002), foi dividido em 31 (trinta e uma) subprefeituras, sendo a do Campo Limpo constituída pelos distritos de Campo Limpo, Capão Redondo e Vila Andrade, cabendo às mesmas a decisão, direção, gestão e o controle dos assuntos municipais em nível local.

O Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo está organizado em cinco Coordenadorias de Saúde, que dentro das Subprefeituras, são os órgãos responsáveis por desempenhar as funções de gestão do SUS, nas respectivas áreas de atuação, mediante delegação da Secretaria Municipal de Saúde, conforme estabelece o Decreto Municipal Nº. 45.037, de 20 de julho de 2004 (São Paulo, 2004). A cada Coordenadoria de Saúde estão vinculadas as supervisões técnicas de saúde, conforme prevê o plano de regionalização municipal.

O presente estudo foi desenvolvido na Supervisão de Área de Saúde de Campo Limpo da Coordenadoria de Saúde Sul da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo. A Supervisão de Área de Campo Limpo congrega os distritos administrativos de Campo Limpo (204.616 habitantes), Vila Andrade (93.191 habitantes) e Capão Redondo (261.486 habitantes), num total de 559.293 mil habitantes, o que representa 22,9% da população residente na Coordenadoria de Saúde Sul (CEInfo, 2008).

A Figura 01, abaixo, representa a localização da área de Campo Limpo no município de São Paulo e seus respectivos distritos administrativos.

Figura 01 - Mapa da localização da área de Campo Limpo no município de São Paulo e seus respectivos distritos administrativos. Fonte: Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP). *Sumário de dados do município de São Paulo* 2004. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/governo/sumario_dados/0002. Acesso em: 31 de out. 2008

A região de Campo Limpo possui alta densidade populacional, na faixa de 13.749 hab/km² (São Paulo, 2004). A pirâmide populacional da região mostra uma concentração de população jovem na faixa etária de crianças e adolescentes, com afunilamento nas idades mais avançadas, típica das populações que vivem em precárias condições de vida. Dentre os indicadores sociais, destaca-se: 24,26% de moradores vivendo em favelas; 7,13% de analfabetismo na região, maior que o do município de São Paulo (4,88%); média de anos de estudo dos chefes das famílias de 6,54 anos, menor que do município (7,67 anos); chefes de famílias sem rendimento ou que recebem até cinco salários mínimos representam 57,88%; 17,64%

das gestantes são adolescentes, percentual maior que o município, que se encontra em torno de 15,89% (São Paulo, 2004). A pirâmide populacional da subprefeitura de Campo Limpo está representada na Figura 02 abaixo.

Figura 02 - Pirâmide populacional da Subprefeitura de Campo Limpo. Fonte: Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP). *Sumário de dados do município de São Paulo 2004*. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/governo/sumario_dados/0002. Acesso em: 31 de out. 2008

Em relação aos indicadores de saúde, é possível destacar: a taxa de Mortalidade Infantil, um dos indicadores que melhor expressam as condições de vida de uma população, na região de Campo Limpo corresponde a 13,2 óbitos em menores de um ano, por mil nascidos vivos, maior que a taxa verificada para o município, correspondente a 12,06 óbitos por mil nascidos vivos (Seade, 2007); quanto à taxa de Mortalidade Materna, esta se encontra em torno de 48,04 por cem mil nascidos vivos, inferior ao do município, de 55,05% (São Paulo, 2004).

As principais causas de óbito na região, segundo dados da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo, 2008), foram

em ordem crescente de número absoluto: doença isquêmica do coração, câncer (pulmão, próstata e de mama em mulheres) e homicídios.

Quanto aos equipamentos de saúde, estão vinculados à Supervisão Técnica de Campo Limpo: 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 05 AMAs (Assistência Médica Ambulatorial), 02 Ambulatórios de Especialidades (AE), 02 Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO), 01 Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS Adulto), 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS (CTA), 02 Núcleos de Integração e Reabilitação (NIR), 01 Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS, 01 Pronto Atendimento (PA) e 01 Núcleo Integrado de Saúde Auditiva (NISA). O Hospital Municipal de Campo Limpo, apesar de localizar-se bem próximo, pertence à região sob administração da subprefeitura de M'Boi Mirim (CEInfo, 2008).

4.1.1 O Distrito de Capão Redondo

Há 261.486 habitantes (CEInfo, 2008) no distrito administrativo de Capão Redondo, cuja área é de 13,6km², com densidade demográfica de 19.547,84 habitantes/km², com taxa de crescimento estimado de 2,1% ao ano (Seade, 2007). O índice de vulnerabilidade juvenil para a população de 15 a 19 anos é de 68, valor que classifica este grupo como mais vulnerável (Seade, 2007).

Quanto à faixa etária, a população encontra-se assim distribuída: 25.246 menores de 05 anos, 47.710 entre 05 e 14 anos, 133.858 entre 15 e 44 anos, 52.087 entre 45 e 64 anos e 11.925 maiores de 65 anos. Em relação à renda familiar, mais especificamente das pessoas responsáveis pelo domicílio, entre 13,23% viviam com menos de meio salário mínimo, 18,35% com

renda até 01 salário mínimo, 59,91% com renda entre 01 e 03 salários mínimos e 6,71% apresentaram renda entre 05 e 10 salários mínimos (Seade, 2007).

Em relação às unidades de saúde existentes no distrito, existe 01 Pronto Atendimento na UBS Jardim Macedônia, 02 AMA (AMA – Parque Fernanda e AMA – Capão Redondo), 01 Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS Adulto) no Jardim Lídia, 01 Centro de Convivência e Cooperativa Santo Dias (CECCO) e 11 Unidades Básicas de Saúde.

As 11 UBS do distrito de Capão Redondo têm implementado a estratégia Saúde da Família (PSF), totalizando 75 equipes de saúde da família, cuja administração está sob a responsabilidade do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). Quanto ao número de profissionais das UBS são 75 médicos, 75 enfermeiras, 150 auxiliares de enfermagem, 445 agentes comunitários de saúde e 78 assistentes técnicos administrativos (Coordenação PSF-UNASP, 2008*).

O número de equipes de saúde da família, em cada UBS, encontra-se discriminado conforme o Quadro 01 abaixo:

Quadro 01 – Unidades Básicas de Saúde e equipes de SF

Unidade Básica de Saúde	Número de Equipes de SF
Jardim São Bento	09
Jardim Comercial	09
Jardim Marcelo	08
Jardim Maracá	08
Jardim Macedônia	07
Parque Engenho II	07
Jardim Lídia	06
Parque Fernanda	06
Luar do Sertão	06
Jardim Madalena	05
Jardim Germânia	03

* Relatório de atividades da Coordenação do Programa Saúde da Família da Universidade Adventista de São Paulo, em maio 2008.

Dados oriundos do SIAB (consolidado de famílias) revelam que até maio de 2008, haviam sido cadastradas 78.413 famílias, totalizando 283.135 pessoas, sendo 130.498 do sexo masculino e 152.637 do sexo feminino. Em relação ao percentual de cobertura da estratégia Saúde da Família, no distrito de Capão Redondo é de 94,7%.

A Figura 03, abaixo, ilustra a distribuição das unidades de saúde da família dos bairros do Capão Redondo.

Figura 03 - Mapa da distribuição das UBS nos bairros do distrito de Capão Redondo. Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo – Coordenadoria Regional de Saúde – Município de São Paulo. Fonte: Coordenação PSF-UNASP, 2008.

4.1.2 A UBS Jardim Comercial

A UBS Jardim Comercial, local onde se desenvolveu este estudo está localizada no distrito de Capão Redondo e tem sob sua responsabilidade uma população adstrita e cadastrada de 37.246 habitantes, correspondente a 8.489 famílias, conforme dados do SIAB datados de maio de 2008. No momento, a UBS conta com 09 equipes de PSF, distribuídas em micro áreas caracterizadas por cores: laranja, verde, lilás, azul, cinza, vermelha, prata, branca, amarela e grafite, sendo cada equipe responsável, em média, por 900 a 1.000 famílias (Brasil, 2008).

As equipes laranja, verde, azul, cinza, vermelha, prata e amarela são constituídas por um médico, uma enfermeira, dois Auxiliares de Enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No caso das equipes grafite, branca e lilás, além dos profissionais que compõem as outras equipes, têm incorporado um Cirurgião Dentista e um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD). Além destes, a UBS conta também com um fisioterapeuta.

O tipo de atendimento é essencialmente ambulatorial, com fluxo da clientela na forma de demanda espontânea. Quanto às instalações físicas para assistência, a UBS conta com sete consultórios, uma sala para a odontologia, sala de curativo, sala de imunização, sala de nebulização e sala para repouso ou observação. Além disso há o serviço de vigilância em saúde e posto de coleta de materiais biológicos, serviços de apoio, como central de esterilização de materiais, farmácia e serviço de prontuário de paciente.

A UBS Jardim Comercial situa-se numa região considerada periférica, cujo grupo populacional está sujeito a diversas situações de vulnerabilidade social, tendo em vista a associação de fatores demográficos e sócio-econômicos, especialmente quando

consideradas a situação de privação ou pobreza a que se encontra submetida uma parcela significativa desta. Essas características sócio-demográficas e sanitárias vão moldar as necessidades de saúde apresentadas pelas famílias do território.

4.2 Fonte do material empírico

A coleta de dados foi realizada na unidade básica do Jardim Comercial, Distrito de Capão Redondo, com quatro equipes da estratégia Saúde da Família, sendo sujeitos do estudo os profissionais de saúde que compunham as equipes, ou seja, médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, totalizando 24 entrevistados. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas, sendo mantido o conteúdo das falas, de forma literal.

Os entrevistados receberam um *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Apêndice 1), constando de esclarecimentos sobre a pesquisa, com solicitação para o fornecimento das informações necessárias e autorização para a participação no estudo, conforme disposto pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisas envolvendo seres humanos.

Conforme Minayo (2006), a entrevista como fonte de informação fornece dados secundários e primários de duas naturezas, sendo a primeira relacionada aos fatos que o pesquisador poderia conseguir por meio de outras fontes como censos, estatísticas, registros civis e outros e a segunda, àqueles que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado. Dito de outra maneira, a entrevista pode trazer informações que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a

realidade que vivencia, constituindo uma representação da realidade no que concerne às idéias, crenças, condutas, razões conscientes ou inconscientes de determinada atitude ou comportamento.

Deste modo, a coleta dos dados utilizou como técnica de pesquisa a entrevista semi-estruturada, pois os entrevistados tiveram a oportunidade de discorrer sobre o tema sem, no entanto, se prender às perguntas formuladas, possibilitando assim a captação das concepções dos sujeitos que vivenciaram uma determinada realidade de atendimento à necessidade de saúde.

Os instrumentos para a coleta dos dados foram adaptados a partir da sistematização proposta por Egry (1996) na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (Tipesc). Para os objetivos do presente estudo, as etapas de captação e interpretação da realidade objetiva foram as mais recorridas.

O roteiro utilizado nas entrevistas continha tanto informações sobre os participantes do estudo, relacionadas à idade, vínculo com a instituição, cargo e função, tempo de atividade profissional, formação básica e formação complementar, estado civil e número de filhos.

Para a coleta de dados relativos aos objetivos da pesquisa, foi solicitada a descrição de uma situação em que houve o atendimento a uma necessidade de saúde, com a participação de todos os membros da equipe. Após a descrição foi solicitado que se identificassem as necessidades de saúde visualizadas na situação relatada; a seguir foi solicitado o relato da ação realizada correspondentemente às necessidades identificadas e quais os elementos que ajudaram a decidir se a necessidade deveria ser atendida ou não pela equipe do PSF. Por fim, foi indagado quem decidiu acerca do atendimento (ou não) das necessidades em saúde.

Para completar a entrevista foi perguntado como a pessoa se sentiu naquela situação (Apêndice 2).

4.3 Análise dos dados

A análise das informações coletadas nas entrevistas considerou as três finalidades apontadas por Minayo (2006), que são: a primeira é heurística, ou seja, se insere no contexto de descoberta a que a pesquisa se propõe, a partir do material coletado; a segunda é a de “administração de provas” que se realizam por meio do balizamento entre os achados, as hipóteses ou os pressupostos; e a terceira que é de ampliar a compreensão de contextos culturais com significações que ultrapassam o nível espontâneo das mensagens.

Considerando o objetivo do presente estudo, ou seja, compreender, no cotidiano do processo de trabalho em saúde, de que maneira os profissionais das equipes de Saúde da Família reconhecem e enfrentam as necessidades de saúde apresentadas pela população usuária do serviço, foi utilizada a hermenêutica-dialética como método para interpretação dos discursos e respostas oriundas das entrevistas, proposta por Minayo (2006), e como técnica de análise do processo de trabalho das equipes foi utilizado o Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção de um Serviço de Saúde, proposto por Merhy (1997) e alterados por Fracolli (1999), os quais são apresentados a seguir.

4.3.1 A hermenêutica dialética

Sob o ponto de vista metodológico, Minayo (2006) refere que a hermenêutica adota os seguintes parâmetros: busca conhecer o contexto dos diferentes atores e das propostas que o produzem, acredita que existe um teor de racionalidade e de responsabilidade nas diferentes linguagens que servem como veículos de comunicação,

coloca os fatos, os relatos e as observações no contexto dos atores, assume seu papel de julgar e tomar posição sobre o que houve, observa e compartilha e produz um relato dos fatos em que os diferentes atores se sintam contemplados.

Enquanto a hermenêutica realiza o entendimento dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade, a orientação dialética considera fundamental realizar a crítica das idéias expostas nos textos e instituições, buscando assim, a partir de sua especificidade histórica, a cumplicidade com seu tempo; e, nas diferenciações internas, sua contribuição à vida, ao conhecimento e às transformações (Minayo, 2006).

Deste modo, Minayo (2006), apresenta a seguinte proposta operativa para a análise hermenêutica dos dados:

1) **Momento 1 - Campo das determinações fundamentais:** deve estar estabelecido na fase exploratória da investigação. Refere-se ao contexto sócio-histórico dos grupos sociais e que constitui o marco teórico-fundamental para a análise.

2) **Momento 2 - Encontro com os fatos empíricos:** baseia-se no encontro com os fatos surgidos durante a pesquisa de campo; é o estudo da realidade em toda sua dinâmica. No presente estudo esse nível de interpretação se deu por meio da análise das questões respondidas pelos profissionais, relacionada às necessidades de saúde. Para este segundo momento, a autora sugere as seguintes etapas:

- a) **Ordenação dos dados:** compreende a sistematização de todos os dados recolhidos. Nessa direção, fizemos tanto a transcrição quanto a síntese das entrevistas realizadas durante a coleta de dados.
- b) **Classificação dos dados:** nesta etapa, é preciso compreender que os dados não existem por si só, eles são

construídos a partir do questionamento que fazemos sobre eles, ancorados nos conceitos e pressupostos teóricos adotados.

- c) **Análise final:** momento onde se estabelece a articulação entre os dados coletados e os conceitos e pressupostos teóricos adotados na pesquisa, com vistas a buscar a melhor interpretação aos objetivos formulados.

4.3.2 O Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção de um Serviço de Saúde

A técnica de análise dos dados coletados nas entrevistas foi orientada pela ferramenta denominada Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção de um Serviço de Saúde, proposto por Merhy (1997), porém considerando as alterações realizadas por Fracolli (1999). O fluxograma é um diagrama muito usado por diferentes campos de conhecimentos, com a perspectiva de desenhar certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalho, que se vinculam entre si em torno de uma cadeia de produção.

Enquanto ferramenta analisadora do processo de trabalho em saúde, o fluxograma apresenta potencialidade para revelar o modo de operar, no cotidiano, a construção de um modelo de atenção em serviços concretos, mostrar os produtos e resultados deste modo de operar, assim como revelar os interesses efetivos que se impõem sobre a organização e realização cotidiana dos modelos de atenção nos diferentes serviços (Merhy, 1997).

No campo da saúde, o fluxograma analisador nos permite construir uma representação gráfica do processo de trabalho das equipes da estratégia Saúde da Família, ou de outros espaços onde ocorre a produção de serviços em saúde, elaborada de forma centrada

no usuário. Assim, busca-se mapear os caminhos percorridos pelo usuário e suas famílias, ou quando procuram assistência ou quando são alvos das ações desenvolvidas pelas equipes.

Neste sentido, o Fluxograma Analisador é um instrumento capaz de captar a estrutura do processo de trabalho desenvolvido, evidenciando as lógicas presentes nos mesmos, bem como os saberes e práticas predominantes (Barboza, Fracolli, 2005, p. 1042). No que concerne a esse estudo, o uso do fluxograma se deve à possibilidade de compreensão do que acontece no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família quando diante de uma situação em que envolve o enfrentamento à necessidade de saúde, desde o momento em que é percebida como tal, até o momento em que a necessidade é atendida (ou não).

Os símbolos utilizados para construção do fluxograma apresentam padronização universal, como a elipse, o retângulo e o losango. Assim, com uma elipse tem-se tanto o começo quanto o fim da cadeia produtiva, configurando a entrada e a saída do processo de produção em análise. Com o retângulo é possível demonstrar os momentos nos quais se realizam etapas importantes da cadeia produtiva, onde ocorre tanto o consumo de recursos quanto a produção de produtos, possibilitando abrir novas etapas na cadeia, até o seu término. Por meio do losango é possível representar os momentos em que a cadeia produtiva enfrenta os processos de decisão que, além de indicar caminhos a serem seguidos, apresentam possibilidades de percursos para atingir etapas seguintes e distintas.

5 O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família no reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde

Partindo da abordagem qualitativa para análise do material empírico oriundo das entrevistas, foi utilizado o método hermenêutico-dialético na interpretação das respostas dos profissionais entrevistados, com a intenção de compreender o universo de significados, ações, motivos, crenças, aspirações, valores e atitudes relacionados ao campo de realidade e em consonância com o objeto de estudo.

Assim sendo, as 24 entrevistas realizadas foram organizadas, inicialmente, por equipe e em seguida agrupadas por questões respondidas, no intuito de apreender os núcleos de sentido presente nos mesmos, assim como colocar as partes semelhantes juntas e estabelecer as devidas conexões. Os entrevistados foram médicos (as), enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo 04 (quatro) profissionais por categoria.

Igualmente, e considerando o intento de identificar como ocorre o enfrentamento às necessidades de saúdes da população usuária do serviço, buscamos reconstituir o processo de trabalho das equipes por meio do fluxograma analisador para explicitar o modo como operam no cotidiano de suas práticas, do ponto de vista das necessidades de saúde. Sobre esse aspecto, Merhy (1997) aponta que o uso de ferramentas analisadoras que operam com a informação possibilitam a exposição dos modos como no cotidiano se constrói uma certa modalidade de atenção à saúde, assim como os vários níveis tecnológicos das práticas. Pois, segundo o autor,

[...] no dia-a-dia, o conjunto dos diferentes profissionais na área de saúde, seja nos serviços públicos ou privados, hospitalares ou não, operam constantemente com a produção de dados e informações, dentro de suas lógicas “particulares” de exercerem seus autogovernos, e sem serem coletiva e publicamente interrogados sobre o sentido deste modo de operar, e em torno de uma busca de processos mais públicos e compromissados com o usuário final das ações de saúde (Merhy, 1997, p. 125).

Deste modo, a produção de informações no âmbito deste estudo ocorreu por meio das situações descritas pelos profissionais das equipes de Saúde da Família, quando foram solicitados a descrever, em detalhes, uma situação de atendimento à necessidade de saúde da população da área de abrangência da sua equipe, em que houve a participação de outros membros da equipe. Ou seja, buscou-se recorrer à memória dos profissionais, para a produção da informação.

Segundo Meneses (1998), dois tipos de memória podem ser mobilizados para a veiculação da informação para a construção do trabalho de campo:

A **memória institucional**, que possibilita a descrição objetiva dos processos de trabalho a partir de fontes documentais institucionais (depoimentos ou documentos escritos), e a **memória não institucional**, obtida, por exemplo, através das representações dos sujeitos (cujos componentes cognitivos e objetivos também são constitutivos do real), que pode coincidir ou não com a primeira (grifos da autora). (Meneses, 1998, p. 87)

A autora afirma que os sujeitos com seus depoimentos constituem as suas vivências dentro do modelo de atenção, expondo, através do seu processo pessoal de elaboração mental, a sua compreensão particular de como ele se organiza, confirmando, assim, a vivacidade dos processos de trabalho na sua molecularidade. Portanto, o agenciamento de ambos os tipos de memória, pode se mostrar proveitoso no sentido de ajudar a compor uma imagem mais fiel dos fatos, uma vez que combina as percepções da realidade por ângulos diferentes.

Do total de 24 situações coletadas, utilizamos 16 para a construção dos fluxogramas, cujo critério de seleção abrangeu aquelas que nos permitiam melhor representar o que acontece no processo de trabalho das equipes, desde a entrada do usuário até a saída (ou não), assim como identificar os produtos e os momentos de decisão que ocorrem no serviço.

Assim, tendo por base as informações apresentadas nos fluxogramas, foram explicitadas as direções do processo de trabalho, cujo foco recairá sobre aquelas relacionadas aos produtos e momentos de decisão, considerando o intento de identificar como, no processo de trabalho das equipes, ocorre o enfrentamento às necessidades de saúde da população usuária do serviço. Para efeito de análise, utilizaremos concomitantemente tanto a informação contida nos fluxogramas, quanto às derivadas das entrevistas, conforme será descrito a seguir.

5.1 Os sentidos que norteiam a identificação de necessidades de saúde pelos profissionais da estratégia Saúde da Família

O primeiro ponto que nos chama a atenção, tanto nas entrevistas como nos fluxogramas, está relacionado às próprias situações relatadas pelos profissionais. Conforme já descrito anteriormente, foi solicitado aos mesmos que relatassem uma situação de atendimento à necessidade de saúde da população da área de abrangência da sua equipe, que por algum motivo tivesse chamado à atenção. Todas as situações relatadas tiveram como tema uma condição clínica relacionada a algum tipo de agravo, que ora explicitava-se por meio de sinais e sintomas, ora se referia a alguma outra situação de anormalidade, mas sempre vinculada a alterações de ordem patológica.

Esta primeira constatação indica que as práticas cotidianas dos profissionais estão impregnadas do conceito de saúde numa visão idealista de mundo, com o entendimento de necessidades sob a ótica de Maslow⁵, pressupondo o entendimento das necessidades de saúde como:

[...] estados de tensão, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais. [...] São aquelas condições ou situações que o indivíduo, família e comunidade apresentam decorrentes do desequilíbrio de suas necessidades básicas que exijam uma resolução [...]. (Horta, 1979, p. 39)

Deste modo, o que vai recortar o entendimento das equipes quanto às necessidades de saúde, são as alterações ou perturbações que acometem o corpo físico, ou seja, o discurso da doença monopoliza os repertórios disponíveis para o enunciado dos juízos acerca da saúde (Ayres, 2007).

Os conteúdos expressos pelos profissionais nas entrevistas confirmam o entendimento anteriormente apontado, visto que identificamos como **primeiro núcleo de sentido**, a vinculação das **necessidades de saúde relacionada a agravos instalados**. Nesta categoria, assim os profissionais responderam, quando questionados “quais as necessidades de saúde identificadas na situação relatada”:

“Acho que foi o acompanhamento, no caso que ela já era hipertensa, tipo a mãe dela é hipertensa, ela é hipertensa, na gestação toda, e não sabia, descobriu porque passou mal na escola, aí tipo assim, uma garota de 14 anos, você pensa: Ah, é jovem, não tem nenhuma doença e tal, mas por isto que tem justamente aquela busca ativa que a gente faz, para diagnosticar hipertenso assim...”

⁵ Abraham Maslow: psicólogo e pesquisador do comportamento humano, que concebeu a teoria da motivação humana baseada na hierarquia das necessidades humanas básicas. Na sua teoria Maslow classifica, hierarquicamente, as necessidades em cinco níveis: necessidades básicas ou fisiológicas, necessidades de segurança, necessidades sociais, necessidades do ego (estima) e necessidades de auto-realização. (Regis, Porto, 2006)

“ É... as necessidades.... foi a descompensação que ela estava apresentando”.

“Então o que ela tinha necessidade maior dela era alguém que desse os remédios dela, porque apesar das pessoas não levarem em consideração, a pressão alta é grave, se não cuidada”

Campos, Bataiero (2007, p. 611), em artigo onde analisam a produção científica brasileira sobre necessidades de saúde, corroboram essa interpretação, pois os resultados da análise empreendida indicam que “os serviços de saúde estão abordando necessidades como sinônimos de necessidades de cuidado de agravos ou – no caso de pré-natal e planejamento familiar – de eventos específicos de um determinado ciclo vital: a fase reprodutiva”. É interessante ressaltar que, do total das 16 entrevistas, nove apresentaram respostas condizentes com a interpretação das necessidades de saúde vinculadas a agravos instalados.

Nesse sentido, infere-se que o modelo assistencial preponderante pauta-se num processo de trabalho em que as práticas de saúde estão voltadas para atender doenças e centrada nas queixas, recorrendo quase exclusivamente a saberes de ordem biológica e a intervenções medicalizantes. Tal entendimento apóia-se na concepção de modelo assistencial como uma maneira de organizar os saberes e instrumentos utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde, conformando um determinado arranjo no intuito de responder às necessidades individuais e coletivas, conforme discute autores como Paim (2002) e Teixeira (2003).

Por outro lado, não se pode desconsiderar que os profissionais e, por conseguinte, as equipes carecem de ferramentas relacionadas a conhecimentos ou tecnologias diversas para lidar com os problemas complexos presentes no trabalho da Saúde da Família, o que implica em dificuldades de fugir à lógica da atenção imediata aos problemas

apresentados pelos usuários e famílias atendidas (Nery, 2006). O relato reproduzido a seguir nos permite exemplificar esta condição:

“Nós tentamos ao máximo estar atendendo, sempre sabendo que nós temos limitações aqui na UBS...nós tentamos realizar o máximo possível de nós às vezes até ultrapassando o que nos é proposto fazer para ajudar e o que precisar de curativo, acompanhamento, cadeira de rodas, tudo o que for necessário, tudo que foi possível, que ela achava preciso, transporte especial, a gente tentou fazer da melhor forma possível e graças a Deus conseguimos.”

Diante do apresentado, podemos afirmar que a identificação das necessidades pelos profissionais das equipes da Saúde da Família, no que concerne à realidade estudada, vincula-se à tendência de tomar necessidade de saúde bastante identificada com a doença, apreendida como expressão biológica ou, no máximo, como expressão biopsíquica no corpo individual de um sujeito abstrato (Campos, Bataiero, 2007).

Embora todas as situações descritas tenham enfoque biologicista, algumas das respostas obtidas nas entrevistas fizeram emergir um **segundo núcleo de sentido** que compreende **necessidades de saúde relacionada às más condições de vida**, cujos relatos abaixo podem exemplificar:

“[...] a necessidade do paciente é conjunta, o paciente não é uno, não é individualizado, ele não é só braço, perna, paciente é um ser mental, total, então às vezes o paciente..., o paciente às vezes vem e ele não tem só aquilo que ele fala, ele tem um conjunto de problemas, falta de emprego, de toda uma estrutura social que nós não resolvemos e ele acaba com distúrbio mental...”

“[...] pobreza, miséria, aquelas pessoas que mais precisam, as que têm baixa renda, moram na beira do córrego, estas pessoas ficam mais doentes, e são pessoas que não tem amigos que tem carro, transporte, para estar transportando elas, a alimentação delas também não são boas, porque não tem dinheiro para comprar, por mais que a gente oriente, fale sobre a saúde, como eles vão ter condições financeiras de estar se alimentando bem se eles não têm dinheiro? Não tem trabalho, ganham muito pouco, tem muito filho, é miséria mesmo, é pobreza, a gente trabalha numa área muito pobre”

“[...] Aí você vê que é uma casa bem precária mesmo, que falta ali... A mãe praticamente está sempre ausente, quer dizer se você for ver falta praticamente tudo. A menina passa o dia praticamente sozinha com a irmã, às vezes vai para a escola, às vezes não... mas você percebe que falta tudo, desde alimentação, até cuidados médicos.”

Os relatos, portanto, apontam para uma compreensão de necessidades de saúde para além de uma perspectiva biomédica, visto que destacam os diferentes espaços ocupados pelos usuários e famílias no processo produtivo nas sociedades capitalistas como determinantes dos modos de adoecer (inserção no trabalho, o acesso à água tratada, condições de moradia), porém com menção a outros fatores como os hábitos alimentares. Ou seja, os modos ou as maneiras como se vive, assim como as condições que permeiam esse viver, resultam em diferentes necessidades de saúde. Porém, como se verificará mais adiante, tal entendimento não perpassará as suas práticas de saúde.

No que concerne à identificação ou reconhecimento de necessidades de saúde, Campos, Mishima (2005) assinalam que a atenção à saúde deveria estar pautada numa leitura de necessidades de saúde que incorporasse as formas como os sujeitos se reproduzem socialmente, visto que defendem o entendimento de que essas necessidades são decorrentes das formas como os grupos se inserem na reprodução social.

Sobre este aspecto, Cecílio (2006) considera que as necessidades de saúde apresentam uma singular potencialidade para ajudar os trabalhadores, equipes, serviços e rede de serviços a fazer uma melhor escuta das pessoas que buscam "cuidados em saúde", tomando suas necessidades como centro de suas intervenções e práticas. Porém, o autor afirma que tal atitude implica no desafio de se conseguir uma conceituação de necessidades de saúde que pudesse ser apropriada e implementada pelos trabalhadores de saúde

nos seus cotidianos, visando a uma atenção mais humanizada e qualificada.

Cecílio (2006) afirma, ainda, que no encontro do usuário com a equipe, o que deveria prevalecer é o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aqueles que buscam o serviço, seja ela na forma de uma demanda específica ou não.

Buscar os sentidos que permeiam o reconhecimento e a identificação de necessidades de saúde pelos profissionais da Saúde da Família nos coloca diante da discussão de como os processos de trabalho e os serviços estão organizados para atendê-las, principalmente se considerarmos que a identificação de necessidades de saúde não pressupõe o enfrentamento das mesmas. Isto porque o enfrentamento das necessidades de saúde, sejam elas relacionadas a agravos ou a más condições de vida, implica em escolhas e decisões com as quais os profissionais de saúde são instados a lidar no âmbito do processo de trabalho em saúde.

Neste sentido, Merhy (1997) afirma que o tema necessidades de saúde não escapa ao campo da subjetividade humana, que se manifesta e se produz nas micropolíticas que envolvem os processos de produção em saúde, e, por conseguinte, o processo de trabalho em saúde. Portanto, a subjetividade apresenta-se estreitamente relacionada tanto à forma como os atos de saúde são produzidos, como à possibilidade de mudanças dos processos e das práticas de trabalho em saúde.

Destaca-se, porém, que se reconhece esta subjetividade produzida social e historicamente e detentora de um caráter dinâmico, posto que é construída a partir das experiências, valores e

cultura que os sujeitos introjetam ao longo de suas vidas e do tempo, assim como no trabalho.

No entanto, as desejadas e almejadas mudanças no modelo assistencial, assim como os aspectos subjetivos que a envolve, remete à discussão de Pires (2005) sobre a politicidade do cuidado, que se expressa pelo *conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar*, constituindo o triedro emancipatório⁶. Assim sendo, a autora propõe o cuidado fundamentado na emancipação dos sujeitos (profissionais e usuários), objetivando entender a realidade de forma mais profunda e dialética, para nela agir e cuidar.

Pires (2005) assinala que o cuidado, no processo de trabalho dos profissionais em saúde, encontra-se excessivamente tecnificado e coisificado, haja vista o contexto capitalista em que estão inseridos. Porém, a autora indica que “na relação estabelecida no ato de cuidar, onde ajuda e poder se confrontam e se superam nas sínteses dos atos produzidos, é possível emancipar por meio da construção de autonomias de sujeitos, sabendo-as relativas e processuais” (Pires, 2005, p. 1032).

Diante do exposto, entende-se o trabalho como meio decisivo para a emancipação e construção de autonomias, tendo em vista ser o meio pelo qual os sujeitos se caracterizam e se apoderam do mundo e, ao mesmo tempo, produto e produtor de determinações sociais.

Desta forma, o trabalho em saúde, para se constituir como um espaço de emancipação deverá buscar fortalecer as diversas

⁶ Triedro emancipatório: a escolha da metáfora do triedro, meramente ilustrativa, foi inspirada no fato de essa figura geométrica ser formada constitucionalmente por três faces integradas, visualizadas em conjunto, gerando diversas imagens a depender da posição e incidência do jogo de luz e sombras possíveis. (Pires, 2005, p. 1032)

competências dos profissionais numa visão crítica emancipatória, as quais se situam “na real complexidade do trabalho, nos projetos estruturantes da reorientação do modelo assistencial e no paradigma sanitário do SUS, explicitando as capacidades a que se recorre para a realização de determinadas atividades num determinado contexto técnico-profissional e sócio-cultural”. (Marques, 2007, p.80).

5.2 Os Fluxogramas do Processo de Trabalho das Equipes

A seguir são apresentados os fluxogramas produzidos a partir das situações relatadas pelos profissionais. Para efeito de guardar o devido sigilo e manter o anonimato dos respondentes, os nomes das equipes foram alterados, em relação à UBS. Nos tópicos seguintes, procederemos à análise destes, referidos aos produtos e momentos de decisão. Assim, a entrada e saída da cadeia produtiva, o consumo de recursos e produção de bens e os momentos de decisão do processo de produção, serão representados pelos símbolos abaixo:

Elipse

Entrada e saída do processo de trabalho

Retângulo

Momentos de produção do processo de trabalho

Losango

Momentos de decisão do processo de trabalho

Seta

Direção do processo de trabalho

Pontilhados

Indicam incertezas no processo de trabalho (losango, elipse ou retângulo)

Figura 4 - Equipe Safira – Fluxograma 1

Figura 5 - Equipe Safira – Fluxograma 2

Figura 6 - Equipe Safira – Fluxograma 3

Figura 7 - Equipe Safira – Fluxograma 4

Figura 7 - Equipe Safira – Fluxograma 4 (continuação)

Figura 8 - Equipe Esmeralda – Fluxograma 1

Figura 9 - Equipe Esmeralda – Fluxograma 2

Figura 10 - Equipe Esmeralda – Fluxograma 3

Figura 11 - Equipe Esmeralda – Fluxograma 4

Figura 12 - Equipe Topázio – Fluxograma 1

Figura 13 - Equipe Topázio – Fluxograma 2

Figura 14 - Equipe Topázio – Fluxograma 3

Figura 15 - Equipe Topázio – Fluxograma 4

Figura 16 - Equipe Ametista – Fluxograma 1

Figura 17 - Equipe Ametista – Fluxograma 2

Figura 18 - Equipe Ametista – Fluxograma 3

Figura 19 - Equipe Ametista – Fluxograma 4

5.3 O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família no enfrentamento às necessidades de saúde: as entradas, os produtos e as decisões.

A partir de agora, serão focalizadas as ações que as equipes desenvolvem com vistas a identificar quais as formas que a equipe utiliza para enfrentar as necessidades de saúde trazidas pela população da área de abrangência, na tentativa de revelar os produtos e resultados do modo de operar o cotidiano do processo de trabalho investigado.

Neste sentido, a primeira observação que se faz refere-se à **entrada do desenvolvimento da cadeia produtiva**, cujos fluxogramas permitem identificar as seguintes formas pelas quais as necessidades de saúde chegam à UBS: por meio da visita domiciliária, presente em seis fluxogramas (figuras 4, 9, 10, 11, 16 e 18); por meio do acolhimento à demanda espontânea, presente em seis fluxogramas (figuras 6, 8, 14, 15, 17 e 19) ; e quando a UBS é acionada para atender usuários que requerem atendimento domiciliar, visualizada em quatro fluxogramas (figuras 5, 7, 12 e 13). Esta última tem origem tanto nas solicitações feitas pelos próprios usuários quanto por outra unidade assistencial.

A depender da situação apresentada, cada uma destas formas de entrada da necessidade na UBS desencadeia um modo de operar das equipes e dos profissionais. Neste sentido, foi solicitado aos profissionais que respondessem à pergunta “E após a identificação das necessidades o que foi feito?”, considerando as situações que haviam sido relatadas. A seguir alguns exemplos de como responderam os profissionais:

“[...] assim que a gente verificou o que seria necessário, nós entramos em contato com a assistência domiciliar para ver o que eles poderiam ter de material para a gente porque na unidade básica não existe aspirador para poder fornecer para os pacientes em casa, no domicílio. Os outros materiais, de curativo, nós temos aqui no nosso almoxarifado, nós já identificamos qual seria a necessidade e foi ofertado ao familiar. A questão do treinamento também assim que nós tivemos o aspirador em mãos, também foi treinado o familiar para que fosse realizado este treinamento”.

“[...] nós conseguimos adquirir aparelho de dextro, as fitas, que é o mais caro, nós conseguimos, a questão dos equipamentos para alimentação, e o interessante é que foi até ensinado como ela preparar a alimentação, para não ter que comprar [...]”

“Nós entramos em contato com a família...a gente foi orientando a família, tanto ele também.... até uma das filhas dele falou assim para a gente: Pô, mas para que, a gente anda com ele de um hospital para outro, ninguém tá nem aí, e a gente só vai saber das coisas realmente quando a gente chega, por exemplo, chegou aqui na terceira opção, chegou aqui no posto, foi bem complicado, mas..”.

“[...] então, a gente sempre leva auxiliar de enfermagem lá, para estar medindo pressão, para estar orientando ele, o médico vai na casa e a gente sempre dá um apoio, orienta, conversa, porque às vezes a pessoa se sente sozinha, e agora o trabalho com o fisioterapeuta, que vai ajudar muito ele.”

“Então, eu fiz o encaminhamento referindo para um hospital de ponta, ou seja, para controlar esta paciente que estava descompensada. E tava em casa, né... que era o mais grave...”

“Eu encaminhei pra equipe que podia atender a da retaguarda, já que o outro não queria”

“[...] a equipe, na reunião de equipe que a gente esteve conversando... aí tipo a gente orientou, foi passado medicação, a pressão continuava alta, aí a gente apertou ela e viu que ela não tinha entendido como devia ser tomada a medicação, que era de 6 em 6 horas, e ela entendeu que era para tomar 6 horas da manhã e 6 da noite, e desta forma a pressão não vai abaixar nunca, aí a gente orientou, escreveu na receita tudo direitinho, aí a gente continuou indo na casa, fazendo visita, para saber se ela continuava boa”.

As respostas acima descritas, assim como as demais, nos permitem estabelecer as seguintes possibilidades de direção dos

processos de trabalho, consoante aos ***produtos resultantes do atendimento às necessidades identificadas:***

- Atendimento da demanda espontânea por meio do acolhimento, que ao final encaminha para consulta médica;
- Atendimento por meio dos grupos (diabetes, hipertensão) e agendamento de consultas (médica ou de enfermagem);
- Solicitação e aquisição de equipamentos para atender uma dada situação de agravo, incapacitante ou não, apresentada pelo (s) usuário (s);
- Fornecimento de materiais necessários para prestação de cuidados domiciliares (curativos, alimentação por sonda e outros);
- Encaminhamento para atendimento médico especializado, em função do agravo apresentado ou da possibilidade de vir a desenvolvê-lo;
- Acompanhamento domiciliar das orientações e prescrições médicas realizadas nas consultas;
- Acompanhamento domiciliar devido ausência de um cuidador;
- Atendimento à solicitação de usuários ou famílias em situações de emergência, relacionadas aos agravos.

O que se pode verificar, como ponto de partida para análise, é que os aspectos acima descritos estão relacionados à forma como o processo de trabalho em saúde está organizado para atender às

necessidades trazidas pelos usuários, tanto no que se refere às tecnologias utilizadas quanto aos profissionais envolvidos na produção do cuidado.

No que tange às tecnologias utilizadas pelos profissionais para o atendimento das necessidades trazidas pelos usuários, o nexos coesivo será buscado através das idéias de Merhy (1997) para estabelecer a necessária compreensão. Este autor, ao discutir sobre a produção do cuidado e suas tecnologias, classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde em três categorias: tecnologia leve, que dizem respeito às relações, ao modo como os profissionais lidam com os aspectos relacionais que envolvem a produção do cuidado; tecnologia leve-dura, que se referem tanto ao conhecimento técnico ou saberes estruturados, como a forma que o trabalhador o aplica; e tecnologia dura, tendo em vista que se apresentam delineadas para a produção de certos produtos, podendo ser representadas pelos equipamentos, normas e estruturas organizacionais.

Ante os conceitos acima apresentados, depreende-se que as tecnologias que têm maior prevalência no processo de trabalho das equipes no atendimento às necessidades, são as duras e as leve-duras, revelando uma dinâmica, em última instância, baseada na produção de consultas médicas, procedimentos, equipamentos, medicamentos e na busca de atenção especializada. O uso de tecnologias leve assume um papel secundário no processo de trabalho, pois quando utilizadas, especialmente no âmbito das visitas domiciliares e dos atendimentos na UBS, estão vinculadas à produção de consultas ou de reforçar orientações médicas.

É importante registrar que esta constatação está em consonância com o núcleo de sentido que permeia a identificação de necessidades de saúde que discutimos anteriormente referidas a agravos instalados. Deste modo, podemos afirmar que tanto o sentido

quanto os produtos referidos as necessidades de saúde presentes no processo de trabalho das equipes, a partir do discurso dos profissionais que a compõem, estão imbuídas de uma concepção do processo saúde - doença reduzida ao biológico.

Sobre este aspecto, Ferreira, Mishima (2004, p. 218) também observam que:

O modelo de assistência centrado no atendimento restrito à queixa apresentada pelo usuário encaminha a um modo de ação centrado na figura estrita do médico, sem a possibilidade de intervenções de outra natureza e que possam ampliar, na prática, o conceito de saúde para além do aspecto biológico.

No entanto, pela análise dos fluxogramas e dos relatos, o núcleo de sentido referido à identificação de necessidades de saúde relacionada às más condições de vida não encontra ressonância nos produtos que derivam do modo de operar o cotidiano do trabalho na UBS. Pode-se dizer, novamente, que isto decorre da centralidade de um modelo assistencial que concebe saúde como ausência de doença no corpo físico, o que restringe as práticas de saúde, assim como limita a percepção e a incorporação destas pelos profissionais e equipes em suas práticas de cuidado, embora os profissionais apresentem, no discurso, uma possibilidade de compreender a saúde-doença como um processo social.

Mesmo que nos relatos se perceba uma tentativa dos profissionais de reconhecer e dialogar com as singularidades das pessoas, sua cultura, valores e desejos, com suas histórias de vida e familiar, ou seja, com suas condições subjetivas de subsistência, o resultado que se obtém são orientações que tendem ao prescritivo e normativo. Desse modo, não contribuem para estabelecer mudanças nas formas como as pessoas lidam com seus problemas de saúde, tampouco influenciam os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade.

Contudo, importa ressaltar que a singularidade e a subjetividade tanto dos usuários quanto dos profissionais encontram-se, por assim dizer, afetada diante do modelo assistencial medicalizante e reducionista hegemonicamente condutor dos processos de trabalho e práticas de saúde. Ainda que as práticas de saúde dos profissionais estejam embasadas em conhecimentos técnico-científicos, por outro está vinculada aos seus valores de natureza ética e ideológica, às suas concepções sobre o sistema de saúde e direitos dos usuários, ou seja, à sua subjetividade.

Considerando a questão das necessidades de saúde, isto implica na decisão de entender e perceber se aquilo que o usuário traz como um problema de saúde será objeto de intervenção assistencial, ou não, por parte dos profissionais e das equipes de Saúde da Família. Assim é que, diante disso, buscamos reconhecer por meio dos fluxogramas e dos relatos dos entrevistados, os momentos de decisão do processo de trabalho, nos quais os profissionais estão envolvidos.

Conforme dito anteriormente, nas entrevistas os profissionais foram solicitados a descrever uma situação de atendimento a necessidades de saúde em que estivessem envolvidos outros membros da equipe. A partir da situação relatada, perguntou-se, quem naquela situação teria decidido sobre o atendimento (ou não) da necessidade e por que. Ao que os profissionais responderam:

“Bem, na verdade foi uma decisão em conjunto, a partir do momento em que o Hospital do M’Boi Mirim[...], entrou em contato com a nossa equipe, tanto eu como a enfermeira, como a auxiliar...o que coube a mim foi na verdade de sugerir entrar em contato com a assistência domiciliar... e [...] quem efetuou isto realmente foi a nossa equipe de enfermagem,[...] e que foi...que promoveu tanto o contato, foi lá no domicílio para fazer o treinamento”

“[...] chegou ele acompanhado da sua filha e na sala de medicação só estava eu e meu amigo, também auxiliar de

enfermagem, e foi assim... Enquanto um fazia uma parte, a gente já foi chamando outros colegas para ver se achava o médico ou a enfermeira na retaguarda que pudesse dar uma olhada neste caso. Então a gente tomou a iniciativa assim de vamos ver o que está acontecendo, vamos abrir este curativo, enquanto você faz isto, eu vou atrás de um médico para estar dando uma olhada. Dependendo do que for, enfim... Às vezes você pode até acabar perdendo um paciente”.

“Eu passo para a enfermeira e para o doutor, daí eles avaliam, dependendo do que a gente fala, eles falam esta pessoa está precisando de ajuda no caso. Mas neste caso quem decidiu, no caso dela do atendimento foi a enfermeira.”

“Bom, quem decidiu é a equipe toda, mas em primeiro, assim de começo foi a enfermeira, nesta situação foi, porque foi eu quem fui visitá-lo, visitar os pacientes e foi aí que eu encontrei esta situação e foi eu que tomei a decisão.”

“ [...] quando chega gente aqui, o pessoal já manda para a sala 5, e daí lá a gente conversa, pergunta o que a pessoa tem, se está com a febre muito alta, se realmente tem alguma coisa de prioridade que precisa ser atendido, aí [...] avaliando as condições de risco que ela estava no momento [...] encaminhamos para a equipe, foi bom, porque conseguimos pegar todo mundo da sala: médica, enfermeira, ACS dela no caso; daí a doutora já tomou providência, já encaminhou para hospital para intervir neste caso.”

“Eu. Eu decidi; eu vi e...eu vi junto com um agente de saúde. Aqui, aqui há sim possibilidade, falta só um vínculo maior, uma ligação maior entre população e pessoas responsáveis prá perceber essa necessidade e simplesmente encaminhá-la como aconteceu”.

“Fui eu, médico do PSF. Eu decidi que ela ia fazer, eu que fiz o encaminhamento dela, não foi a referência.”

“Ah, fui eu que tomei assim, no caso eu que me interessei pelo caso, quando ela trouxe. Levei prá equipe, conversei com o doutor, falei que eu tinha interesse em estar encaminhando ele prá psiquiatria, pedi prá ele só fazer o encaminhamento.”

“Eu. Vi que ela precisava e fui ver quem podia atender”

As respostas fizeram emergir duas naturezas de categorias decisórias, conforme explicitado abaixo:

- A decisão pelo atendimento é do profissional que primeiro tem contato com a situação, no entanto, dentro dos limites de atuação profissional;
- A decisão pelo atendimento é da equipe de saúde, tendo como ponto de partida as situações levantadas nas visitas domiciliares ou quando a UBS é demandada.

A primeira categoria traz à tona a discussão de Merhy (1997), sobre o que denominou de autogoverno dos profissionais de saúde. Segundo o autor, todo trabalhador de saúde domina certo espaço no processo de trabalho, com sua sabedoria e prática, exercendo assim o autogoverno para intervir no modo de receber os usuários, independente do que estiver normatizado ou protocolado quanto ao melhor modo de atuar. Este autogoverno permite ao trabalhador escolher, se, em relação ao usuário, estabelecerá uma relação mais acolhedora ou se o mesmo encontra-se numa situação de maior ou menor necessidade.

Na formulação de Merhy (1997), o encontro entre um usuário, que porta uma dada necessidade, com um trabalhador, portador de um arsenal de saberes específico e práticas, envolve um encontro de situações não necessariamente equivalentes. O usuário, ao trazer uma necessidade de saúde procura obter neste encontro, ainda que minimamente, uma relação de compromisso que tenha como base a responsabilização e a confiança na intervenção como uma possível resolução dos seus problemas. Já o trabalhador, também procura nesta relação algumas coisas, mas que não necessariamente tem a ver com que o outro espera.

Por outro lado, afirma o autor, o trabalhador de saúde ao atuar em um espaço de autogoverno, além de ter a possibilidade de privatizar o seu uso, tem certa autonomia para decidir coisas,

especialmente no encontro com o usuário. Em se tratando de necessidades, o autor aponta que os processos de aceitação do problema ou necessidade saúde dependem dos distintos critérios adotados, tendo em vista que são estes critérios que dão concretude ao conceito de necessidade com o qual o serviço opera.

No caso deste estudo, identificou-se no item sobre os sentidos que norteiam a identificação de necessidades de saúde pelos profissionais, que este se encontra vinculado aos agravos apresentados pelos usuários, revelando um modelo assistencial biológico e funcionalista.

Assim, nos momentos de decisão, enquanto espaço onde é manifesta e produzida a subjetividade, os profissionais embora mediados por um modelo assistencial que vincula necessidades a agravos, cujas ações e produtos estão envoltos pelas tecnologias duras e leve-duras, trazem em seus depoimentos situações conflituosas com as quais se deparam e para as quais se sentem instados a responder, ou melhor, em que têm que decidir o que fazer. O depoimento abaixo exemplifica uma destas situações:

“Uma foi não deixar o paciente à mercê do nada, sabe, porque você tenta se colocar na posição, você tenta se colocar no lugar do paciente, e pensa assim: E se fosse comigo? E aí, como ficaria? Entendeu, assim, negar atendimento, jamais. Por mais que assim, o paciente não faça tratamento na sua unidade, não seja paciente daqui, jamais negar tratamento, em hipótese alguma”.

Pode-se dizer, portanto, que é a subjetividade que atua nos momentos de trabalho, determinando assim o modo de agir perante o usuário e o problema que apresenta numa dada situação de necessidade. Por outro lado, segundo Guattari (1998), a subjetividade não existe somente no âmbito do individual, ela também existe no âmbito coletivo, visto que pode ser produzida por meio de processos conduzidos pelo indivíduo ou grupo social. Refere o autor:

De uma maneira mais geral, dever-se-á admitir que cada indivíduo, cada grupo social veicula seu próprio sistema de modelização de subjetividade, que dizer, uma certa cartografia feita de demarcações cognitivas, mas também míticas, rituais, sintomatológicas, a partir da qual ele se posiciona em relação aos seus afetos. (Guattari, 1998, p.21-22)

Ainda segundo Guattari (1998), a subjetividade pode ser solidária, baseada em valores societários, humanitários e de cidadania, que levem à construção de um mundo novo; e também capitalística, quando opera a partir dos objetivos privados e individuais, reproduzindo as muitas formas de enquadramento das pessoas nas normas sociais vigentes.

Franco (2003), ao discutir subjetividade e saúde coletiva, considera que não há possibilidade de alterar significativamente o modelo assistencial, isto é, a forma de produzir saúde, se não houver novos sentidos guiando a ação dos trabalhadores na assistência e um novo ideário compondo a relação do usuário com a saúde. Nesse sentido, é preciso tratar a subjetividade como condição para a construção de sujeitos que possam vir a protagonizar processos de mudança tanto no campo das práticas de saúde quanto em relação ao modelo assistencial.

No entanto, em que pese a importância da subjetividade individual no processo de decisão, cada profissional, isoladamente, não consegue arcar com a complexidade do atendimento das necessidades de saúde, conforme atesta os relatos, o que nos remete à categoria cuja decisão das ações ocorre mediante a discussão em equipe.

O trabalho em equipe na saúde da família, na medida em que considera a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social requer a compreensão dos núcleos de competência dos profissionais que compõem a equipe, tendo em vista que o estabelecimento de equipes

multiprofissionais tem sido um dos elementos chave para o seu desenvolvimento. Neste sentido, não deve se furtar à explicitação e ao enfrentamento dialógico de conflitos, com vistas aos acordos necessários e ao compartilhamento de decisões e responsabilidades.

Nesta direção, cabe destacar as discussões de Campos (1997), referentes aos conceitos de “campo” e núcleo de competência e responsabilidade. Por “campo” entendem-se os saberes, competências e responsabilidades comuns ou exclusivas a vários profissionais ou especialidades; por “núcleo”, o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade, ou seja, os elementos de singularidades que definissem a identidade de cada profissional ou especialista, conhecimentos e ações de exclusiva competência de cada profissão ou especialidade.

As atribuições técnicas de cada um dos profissionais que compõe a equipe de Saúde da Família, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, encontram-se relacionadas na Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006 (Brasil, 2006), do Ministério da Saúde. Porém, embora normatizadas, isto não significa que exista a articulação e interação desses profissionais, tendo em vista que o processo de trabalho tende a apresentar-se hierarquizado.

Segundo Almeida, Mishima (2001, p.151)

[...] um rol de atividades e funções, buscando definir um perfil mínimo para atuação, não é suficiente para um trabalho em saúde compartilhado, humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhecendo a saúde como direito de cidadania. Quando consideramos que a unidade produtora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas sim a equipe; que o foco central de atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas a família e seu entorno; que as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem se sustentar no conhecimento que contemple as determinações bio-psico-sociais da saúde doença e

cuidado e na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade; a assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade, bem como a multiprofissionalidade são necessárias.

Assim, em se tratando do presente estudo, não se pode negar o caráter multiprofissional do processo de trabalho investigado, ou seja, relacionado ao enfrentamento das necessidades de saúde. Embora esteja assentado em uma visão médico-hegemônica, apresenta potência para uma maior horizontalidade entre os profissionais e flexibilidade dos diferentes poderes, assim como de desenvolver maior autonomia, criatividade e integração da equipe, tornando o processo de decisão menos solitário e mais coletivo.

Em relação ao trabalho em saúde, aponta Peduzzi (2002, p. 85):

Temos, portanto, no trabalho em saúde, simultaneamente, a necessidade de autonomia técnica e a necessidade de cooperação e composição dos trabalhos especializados. Assim, a autonomia técnica é tensionada, pois, por um lado, o profissional especializado não pode prescindir de um certo espaço de liberdade para a tomada de decisão e isolamento para sua implementação e, por outro lado, justo por ser especializado, não domina a integralidade do projeto de trabalho (assistencial, de produção tecnológica ou de pesquisa), não podendo prescindir da complementaridade objetiva de ações e atividades planejadas e executadas por outros profissionais.

A temática dos produtos resultantes do processo de trabalho traz à tona a discussão sobre as práticas de enfermagem tendo em vista o entendimento de que a “enfermagem, enquanto prática social, busca sempre responder às exigências sociais e de saúde de uma determinada época e de um determinado espaço social” (Ermell, Fracolli, 2006, p.534).

Nesta direção, identifica-se que as práticas desenvolvidas pelas profissionais de enfermagem, auxiliares e enfermeiras, também apresentam um recorte em relação às necessidades de saúde numa

visão psicobiológica, em consonância com uma lógica curativista e funcionalista do processo saúde-doença. Ainda que em alguns relatos e fluxogramas se perceba uma tentativa de considerar a historicidade dos sujeitos e seus vários processos, o processo de trabalho acaba se revelando prescritivo e assistencial.

Por fim, concordamos com Malta, Merhy (2003), quando afirma ser a saúde um território de práticas em permanente estruturação, onde é possível experimentar uma infinidade de afazeres, não existindo apenas um formato único possível, de onde podem emergir novos processos instituintes que podem ser a chave para a permanente reforma do próprio campo de práticas.

6. Considerações finais

A Atenção Básica à Saúde desempenha papel estratégico na consolidação do SUS, cujo processo de mudança vem ocorrendo desde a sua implementação na década 1980, por ocasião do movimento da reforma sanitária. A Atenção Básica aposta na Saúde da Família como a principal estratégia para sua reorganização, cujas principais características residem na territorialização e adscrição da clientela, onde cada equipe é responsável pelo cadastramento e acompanhamento das famílias do território de abrangência, no caráter substitutivo, por meio de suas unidades, e a busca da integração com instituições e organizações sociais para o desenvolvimento de parcerias.

A Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde estabelece como atribuições comuns a todos os profissionais das equipes da estratégia Saúde da Família, a realização da atenção integral conforme as necessidades de saúde da população, assim como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local e a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, no intuito de proporcionar atendimento humanizado e viabilizar o estabelecimento do vínculo. Desta forma, o atendimento às necessidades de saúde de usuários e da população adstrita a um dado território pressupõe o envolvimento de profissionais e gestores de saúde, objetivando a construção de práticas de saúde e de gestão voltadas para a integralidade da atenção.

No que concerne às práticas assistenciais dos profissionais das equipes da estratégia Saúde da Família, alguns estudos apontam a predominância de um modelo ainda centrado nas queixas e direcionado ao atendimento de doenças, cujas intervenções também se baseiam em procedimentos, consultas e exames. Sendo assim,

compreende-se que os processos de trabalho e, consecutivamente, as práticas assistenciais ainda não desenvolveram a capacidade de fazer uma escuta mais qualificada de forma a permitir a apreensão das reais necessidades de saúde trazidas pelos usuários e serviços.

Nesta direção, o estudo buscou compreender os sentidos que norteiam a identificação e o reconhecimento das necessidades de saúde pelas equipes da estratégia Saúde da Família, de que maneira isto se expressa nas práticas de saúde dos profissionais, e por fim, quais profissionais decidem pelo atendimento ou não dessas necessidades.

Em relação aos sentidos que norteiam a identificação e reconhecimento das necessidades de saúde, pode-se perceber a vinculação das necessidades de saúde à existência de algum agravo, seja ele de ordem somática ou psíquica. Compreende-se que isto decorre de um conceito de saúde ainda centrado na ausência de doença, cujo reducionismo pressupõe os sujeitos como um emaranhado morfológico e funcional, distante de suas realidades concretas.

Considerando que as práticas de saúde têm se organizado para atender doenças desde o advento da medicina científica, infere-se que não poderia ser diferente, ainda mais se pensarmos que a almejada mudança nos modelos assistenciais, mesmo que propagada por meio dos documentos oficiais, assim como pelas diretrizes relacionadas às políticas de saúde, ou seja, desde a criação do Programa Saúde da Família (PSF), ainda não faz parte da agenda da maioria dos gestores municipais e estaduais, cuja centralidade está nas ações de oferta de serviços de saúde no âmbito da média complexidade.

Por outro lado, em que pese à centralidade na identificação de necessidades de saúde relacionada a agravos de alguns relatos,

emergiu a concepção de necessidades de saúde decorrente das más condições de vida, principalmente aquelas referidas à ausência de trabalho, de saneamento básico, moradia em condições precárias e baixa renda.

O sentido que norteia a identificação das necessidades, no âmbito deste estudo, referidas às maneiras como as pessoas vivem não chegou a perpassar as práticas de saúde dos profissionais enquanto produtos do processo de trabalho. Contudo, em nosso entender, corrobora a afirmação de Cecílio (2006) de que as necessidades de saúde apresentam singular potencialidade para ajudar os trabalhadores e equipes a fazer uma melhor escuta das pessoas que buscam cuidados em saúde, para atingir a integralidade do cuidado na saúde.

Igualmente, sejam os sentidos que permeiam a identificação de necessidades vinculadas a agravos ou a más condições de vida dos usuários, importa ressaltar que em ambas as situações os profissionais carecem de tecnologias diversas para lidar com as situações com as quais se deparam, que por vezes os imobilizam e os impele a práticas de cuidado baseadas em intervenções medicalizantes e centradas em procedimentos. Isto foi possível perceber diante dos produtos do processo de trabalho os quais foram identificados por meio do fluxograma analisador, onde o atendimento às necessidades de saúde ocorreu por meio de consultas médicas, procedimentos (curativos), aquisição de medicamentos e equipamentos e atenção especializada.

Ao trazer a discussão dos produtos do processo de trabalho para a enfermagem, auxiliares e enfermeiras reproduziram a concepção de necessidades de saúde numa visão psicobiológica, revelando práticas de cuidado centradas numa visão parcial do processo saúde-doença, que, de certo modo, não considera a

historicidade dos sujeitos e os aspectos econômicos, socioculturais e políticos que a compõe.

No que diz respeito ao atendimento ou não das necessidades de saúde, percebeu-se a existência de duas categorias decisórias. A primeira, quando a decisão recai sobre o profissional que primeiro se depara com a situação, por vezes independente do que estiver normatizado ou protocolado quanto ao modo de tratar as situações. Isto corrobora a discussão de Merhy (1997) sobre o autogoverno dos profissionais, onde numa dada situação de necessidade trazida pelo usuário, é o profissional que decide se isto será objeto de intervenção pelo serviço ou não. Em nosso estudo, percebe-se que em todas as situações houve a decisão por uma intervenção, e que esta se vinculou ao conceito ou sentido de necessidades de saúde com o qual o serviço e os trabalhadores operam, ou seja, vinculada a agravos.

As diversas situações vivenciadas pelos profissionais nos permitiram conceber os momentos de decisão enquanto espaços de manifestação e produção de subjetividade, o que influencia sobremaneira o modo de agir dos profissionais. No âmbito deste estudo, a subjetividade, ainda que mediada por um conceito de necessidades de saúde vinculado a agravos, se mostrou permeada por atitudes de responsabilização no cuidado prestado aos usuários, demonstrando a potencialidade que reside no autogoverno dos profissionais como um espaço por meio do qual se venha a construir alternativas em direção à mudança nas práticas assistenciais.

A segunda categoria decisória circunscreve o atendimento das necessidades de saúde à decisão da equipe de saúde, revelando o caráter multiprofissional do processo de trabalho, mas que requer uma maior horizontalidade entre os profissionais e flexibilidade dos diferentes poderes, assim como o desenvolvimento de maior autonomia e integração da equipe, visto que em cada profissional

existe um núcleo especializado de conhecimento que é acionado para resolver os problemas de saúde, assim como existe um campo de conhecimento comum a todos profissionais.

Por outro lado, a construção da autonomia pressupõe o desenvolvimento de competências profissionais numa visão crítico-emancipatória, uma vez que estas, ao considerarem a natureza do processo de trabalho em saúde, apontam para uma concepção ampliada do cuidado em saúde para além da dimensão técnico-instrumental e fragmentada que ainda operam nos serviços de saúde. Para tanto, deve-se levar em conta a diversidade de aspectos relacionados às práticas profissionais na saúde, às especificidades dos locais onde ocorre a produção do cuidado em saúde, às formas de inserção e organização do trabalho e o atendimento das demandas individuais, grupais e coletivas.

Diante disso, entende-se que os modos pelos quais os profissionais das equipes de Saúde da Família reconhecem e enfrentam as necessidades de saúde apresentadas pela população usuária do serviço, vinculam-se, em grande medida, às concepções de saúde e doença que perpassam o modelo assistencial sob o qual o serviço se encontra organizado, assim como as práticas de saúde desenvolvidas no cotidiano do processo de trabalho das equipes.

Neste sentido, tais concepções representam um dos limites a ser superado no âmbito do processo de trabalho das equipes, para que se consiga avançar na direção de um modelo assistencial cujas práticas tenham por finalidade a integralidade do cuidado, tomando as necessidades de saúde como orientadoras destas.

Por outro lado, a gestão dos sistemas locais de saúde necessita assumir a responsabilização pela reorientação do modelo assistencial a partir do cumprimento dos princípios da Atenção Básica, e não

somente a organização e execução das ações em seus territórios, o que implica em efetivar a integralidade em seus vários aspectos, quais sejam: integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços.

Finalmente, o que se busca é a confluência de vários aspectos com o objetivo de potencializar esforços que possam introduzir as mudanças almejadas, necessárias e efetivas nos modelos assistenciais e nos processos de trabalho em saúde, que tenham como foco as necessidades em saúde da população, buscando a construção e efetivação da integralidade.

7. Referências

- Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interf Comun Saúde Edu*. 2001; 9: 150-53.
- Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1986 mar. 17-21; Brasília, BR. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987.
- Ayres JRCM. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *Physis Rev Saúde Colet*. 2007; 17 (1): 43-62.
- Barboza TAV, Fracolli LA. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pub*. 2005; 21(4): 1036-44.
- Boletim CEInfo em dados: 2008. São Paulo: Coordenação de Epidemiologia e Informação, Secretaria Municipal de Saúde; 2008.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília; 2007.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF); Senado, 1988.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) [base de dados na Internet]. Brasília: DATASUS; 2008. [citado 2008 out. 28]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006. p. 7-51.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família/Secretaria Executiva. Brasília, 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília; 2005.

Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interf Comunic Saúde Educ.* 2007; 11 (23): p.605-18.

Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad Saúde Pub.* 2005; 21 (4): p.1260-8.

Campos CMS. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)[tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2004.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Ed. Hucitec; 1997. p. 229-66.

Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Abrasco; 2006. p. 115-128.

Doyal L, Gough I. *A theory of human need*. New York: Guilford Press; 1991 [Resenha de: Scherer E. *Universidade Sociedade*. 1997; 7(12): 158-160].

Egry EY. *Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone; 1996.

Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(4): 533-9.

Ferreira JM, Mishima SM. O processo de municipalização da saúde sob o olhar do ser humano-trabalhador de enfermagem da rede básica de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004; 12(2): 212-20.

Fracolli LA. *Processo de trabalho de gerência: possibilidades e limites frente à reorganização do trabalho na rede básica de saúde de Marília* [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1999.

Franco TB. *Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde* [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, 2003.

Guattari F. *Caosmose*. São Paulo: Editora 34; 1998.

Heller A. Teoría de las Necesidades en Marx. Barcelona: Península; 1986.

Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

Malta DC, Merhy EE. A micropolítica do processo de trabalho em saúde- revendo alguns conceitos. Rev Min Enf. 2003; 7(1): 61-6.

Mandú ENT, Almeida MCP. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. Rev Bras de Enferm. 1999; 52(1): 54-66.

Mandú ENT. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. Rev Latino-am Enfermagem. 2004; 12(4): 665-75.

Marques CMS. As competências crítico-emancipatórias e a formação dos trabalhadores de nível médio em enfermagem: focalizando as políticas ministeriais [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007.

Mattos RA de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pub. 2004;20(5):1411-16.

Mendes - Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1994.

Mendes Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992.

Meneses CS. A unicidade do Sistema Único de Saúde em questão: a integralidade e a hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo [dissertação]. Campinas: Universidade de Campinas, 1998.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Ed. Hucitec; 1997. p. 71-112.

Mishima SM, Villa TCS, Silva EM et al. A organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo. Cortez; 1997.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

Nery AA. Necessidades de saúde na estratégia de Saúde da Família no município de Jequié-BA: em busca de uma tradução [tese].

Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006.

Paim JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: Paim JS. Saúde – política e reforma sanitária. Salvador: Ed. Cooptec/ISC, 2002. p. 367 – 81.

Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Rev Trab Educ e Saúde. 2002; 1(1): 75-91.

Pinheiro R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências. Brasília, 2002.

Pires D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. Rev Bras Enfermagem. 2000; 53: 251-63.

Pires MRGM. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. Ciên e Saúde Colet. 2005; 10(4): 1025-35.

Regis LFLV, Porto IS. A equipe de enfermagem e Maslow: (in) satisfações no trabalho. Rev Bras Enferm. 2006; 59(4): 565-8.

São Paulo (Município). Decreto n. 45.037, de 20 de julho de 2004. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo. Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo, 21 jul. 2004; 49(136): 1-2.

São Paulo (Município). Lei n. 13.399, de 1º de agosto de 2002. Dispõe sobre a criação, estrutura e atribuições das Subprefeituras no Município de São Paulo, estabelece procedimentos para sua implantação e prevê a transferência gradual de órgãos e funções da Administração Direta Municipal. Diário Oficial do Município, São Paulo, 2 ago. 2002;47.

São Paulo (Município). Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP). Sumário dos dados [texto na Internet]. São Paulo; 2004. Disponível em:
http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/governo/sumario_dados/0002

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Avaliação da Equidade: índice-saúde: 2005. São Paulo; 2008.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Índice de Necessidades em Saúde por Distrito Administrativo do Município de São Paulo: 2008. São Paulo; 2008.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Relação das Unidades da Secretaria Municipal da Saúde por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde do Município de São Paulo: 2008. São Paulo; 2008.

Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica: Hucitec; 1996. p. 29-47.

Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. Cad Saúde Pub. 1994; 10(1): 80-91.

Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Mortalidade Infantil. SEADE; 2007 [texto na Internet]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/mortinf/>.

Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Índice de Vulnerabilidade Juvenil. SEADE; 2007 [texto na Internet]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/ivj/>.

Teixeira CF. A Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Saúde em Debate. 2003; 27 (65): 257-77.

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Teresa Christine Pereira Morais, Enfermeira e Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), sob orientação da Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry, estou desenvolvendo uma pesquisa com finalidade acadêmica e difusão científica cujo título é: *“Necessidades em saúde & trabalho das equipes de saúde da família: a dialética do reconhecimento e enfrentamento”*.

Esta pesquisa está inserida no projeto *“Limites e possibilidades dos sistemas de saúde locais no reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população: o PSF no município de São Paulo”*, que está sob a Coordenação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) e Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP).

Sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar as seguintes informações:

- O objetivo deste estudo é compreender, no cotidiano do processo de trabalho em saúde, quais os critérios que os trabalhadores da Equipe Saúde da Família (ESF) utilizam para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde trazidas pela população usuária do serviço e qual a expressão destes critérios nas suas práticas de saúde.
- A sua participação é voluntária, e consistirá numa entrevista que será gravada e posteriormente transcrita. Durante a pesquisa você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, podendo recusar-se a responder perguntas ou deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim o desejar.
- Não é necessária a sua identificação e será garantido o seu anonimato e o sigilo das informações, assim como os resultados serão utilizados exclusivamente para fins científicos. Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto à pesquisadora.

Desde já agradeço a sua colaboração e me coloco à disposição por meio do telefone (11) 3022-3251 ou (61) 9697-3193 ou pelos e-mails teresa.morais@saude.gov.br ou teresamorais@usp.br.

Como participante da pesquisa afirmo que fui devidamente orientada sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo. Sendo assim, autorizo a realização da entrevista e da gravação de minha fala. Declaro que concordo com a utilização de todos estes dados nesta pesquisa.

Assinatura do (a) participante: _____

Teresa Christine Pereira Morais (Pesquisadora): _____

São Paulo, ____/____/2008

APÊNDICE 2 - Roteiro de entrevista individual com membros da Equipe de Saúde da Família

Preparo:

- Testar o gravador no local da entrevista para evitar interferências
- Fazer as apresentações e imediatamente passar à leitura do TCLE explicando os objetivos da coleta de dados de maneira que fiquem compreensíveis.

Caracterização:

1. Identificação:

Nome: (ex: Laranja 01) Sexo: M () F () Idade: _____

Vínculo com a instituição: _____

Cargo ou função: _____ Tempo de atividade: _____

Formação (escolaridade e profissão): _____

Formação Específica (ou Complementar): _____

Estado Civil: casado () solteiro () desquitado () divorciado () viúvo ()

Filhos: Sim () Não () Número de filhos: _____

Sobre Necessidades de Saúde e Decisão:

- Você poderia descrever, em detalhes, uma situação de atendimento à necessidade de saúde da população da área de abrangência da sua equipe de PSF em que houve a participação de outros membros da equipe na qual você trabalha? Procure lembrar-se de um fato que tenha chamado sua atenção por algum motivo.

Complementos

- Nessa situação, quais foram as necessidades de saúde identificadas? E após a identificação dessas necessidades o que foi feito?
- Nessa situação quais foram os elementos que ajudaram a decidir se a necessidade deveria ser atendida ou não?
- Nessa situação quem decidiu acerca do atendimento ou não das necessidades? Por quê?
- Como você se sentiu nesta situação?

ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone.: 3066-7548 - Fax.: 280-8213
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 26 de junho de 2006.

Ilm.^a Sr.^a
Prof.^a Dr.^a Emiko Yoshikawa Egry

Ref.: Processo nº 563/2006/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "LIMITES E POSSIBILIDADES DOS SISTEMAS DE SAÚDE LOCAIS NO RECONHECIMENTO E ENFRENTAMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO: O PSF NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento de Programas de Políticas de Saúde - CODEPPS
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/SMS

1

São Paulo, 23 de abril de 2007.

PARECER Nº0086/07 – CEP/SMS
Número CEP.SMS: **CAAE 0043/07**

Ilustríssimo (a) Senhor (a) Professor(a) Doutor (a)
EMIKO YOSHIKAWA EGRY

Parecer Consubstanciado Sobre Aspectos Éticos em Pesquisa em Seres Humanos

I - Identificação

Título do projeto: **Limites e possibilidades dos sistemas de saúde locais no reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população: o PSF no município de São Paulo.**

Pesquisador responsável: Emiko Yoshikawa Egrý

II - Objetivos:

- Identificar nos processos de trabalho do PSF as formas e os instrumentos para o reconhecimento e enfrentamento de necessidades em saúde da população do território;
- Construir indicadores de necessidades em saúde a serem utilizados no planejamento local e ações intersetoriais.

III - Sumário do Projeto:

Descrição, caracterização da amostra e critérios de inclusão: serão realizadas observações, aplicados questionários e realizadas entrevistas individuais. Os sujeitos serão profissionais e gerentes do PSF de duas regiões do município. Estão explicitados os critérios de inclusão e exclusão e/ou seleção dos informantes.

Adequação da metodologia: estudo exploratório descritivo. Os instrumentos que serão utilizados para a coleta de dados foram apresentados.

Adequação das condições: estão garantidas adequadas condições de participação e recusa.

IV – Comentários do relator, frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

Estrutura do protocolo: Adequado.

Justificativa de uso de placebo: Não se aplica.

Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Vila Buarque – São Paulo, SP – CEP 01223-010 Telefone: (11) 3218-4043
e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br homepage: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/organizacao/cepsms>

Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento de Programas de Políticas de Saúde - CODEPPS
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

2

Justificativa de suspensão terapêutica (Wash - out.): Não se aplica.

Análise de riscos e benefícios: O estudo não oferece riscos aos sujeitos da pesquisa.

Retorno de benefícios para sujeito e/ou para comunidade: Os resultados deste estudo podem ser úteis para a organização dos sistemas de saúde locais no município de São Paulo.

Adequação do termo de consentimento e forma de obtê-lo: adequado.

Informação adequada quanto ao financiamento: Orçamento foi apresentado, bem como a fonte patrocinadora.

Outros centros, no caso de estudos multicêntricos: Não se aplica.

V - Parecer do CEP: PROJETO APROVADO.

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

Dra. IARA COELHO ZITO GUERRIERO
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde - CEP/SMS