

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL  
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**Rubiane de Souza Ribeiro**

**Necessidades de Saúde e Estratégia Saúde da Família:  
um estudo de caso**

**Juiz de Fora**

**2010**

**Rubiane de Souza Ribeiro**

**Necessidades de Saúde e Estratégia Saúde da Família:  
um estudo de caso**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Área de concentração Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lêda Maria Leal de Oliveira.

**Juiz de Fora**

**2010**

Ribeiro, Rubiane de Souza.

Necessidades de Saúde e Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso / Rubiane de Souza Ribeiro. – 2010.

86 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social)—Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

1. Saúde pública. 2. [Atenção primária à saúde](#). 3. Saúde da Família. I. Título.

CDU 613.9:616-083.98

Rubiane de Souza Ribeiro

**Necessidades de Saúde e Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Área de Concentração Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em 17 de dezembro de 2010

BANCA EXAMINADORA

*L.Oliveira*

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Leda Maria Leal de Oliveira (Orientadora)  
Universidade Federal de Juiz de Fora

*Célia Maria Sivalli Campos*

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Célia Maria Sivalli Campos  
Universidade de São Paulo

*Auta Iselina Stephan de Souza*

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Auta Iselina Stephan de Souza  
Universidade Federal de Juiz de Fora

## **AGRADECIMENTOS**

É hora de lembrar os tantos caminhos percorridos, agradecer à Deus e aos sujeitos que, direta ou indiretamente, contribuíram para esta conquista de crescimento profissional.

Ao Moisés, incentivador e companheiro, meu porto seguro.

Aos meus pais, exemplo de amor e carinho, pelo apoio incondicional.

Às irmãs queridas Rosane, Renata e Roberta pela união e força.

À Arminda, pelos encontros que me fizeram ver além da aparência e decifrar o que parecia tão óbvio.

A todos os professores por esta profissão tão nobre e desafiadora. Em especial à minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lêda, por sua confiança, incentivo e competência.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Célia pela sua receptividade e contribuição neste estudo.

Aos profissionais de saúde que acreditam e lutam por esta política pública enquanto direito.

Considerar la situación de salud en la población, en las comunidades, significa considerar sus condiciones de vida como determinantes de dicha situación y ello plantea la necesidad de cambios fundamentales en la organización de los servicios, en sus relaciones con el resto del sector de bienestar social y la dinámica social general de la sociedad. Es intentar insertarse en la vida cotidiana, tal como ella cobra existencia para diferentes sectores sociales y no solo como nos la imaginamos o deseáramos que fuera, para desde allí ayudar a construir, conjuntamente con la población, el camino posible y los espacios necesarios donde broten los sueños pujando por convertirse en realidad.

**Pedro Luis Castellanos**

## RESUMO

O objeto deste estudo consiste na percepção das necessidades de saúde da população pelos profissionais de uma unidade de saúde organizada pela Estratégia Saúde da Família. O tema das necessidades de saúde foi abordado no âmbito operacional voltado para a área do planejamento em saúde, visto que o enfoque dado à pesquisa relaciona-se à análise das estratégias adotadas pelos profissionais para o reconhecimento das necessidades de saúde a partir da demanda trazida pelos usuários. O conceito de necessidades de saúde adotado baseia-se nas categorias apontadas por Campos (2004): necessidades de presença do Estado, necessidades de reprodução social e necessidade de participação política. Foi realizado um estudo de caso sobre a Unidade de Saúde da Família I que abrange os bairros Goiabal, Terra do Santo e Morro do Cipó situada no município de Além Paraíba-MG. A coleta dos dados foi baseada na observação e em entrevistas semi-estruturadas direcionadas aos profissionais (enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde) que atuam na respectiva unidade. Os dados foram interpretados a partir da análise de conteúdo categorial. A análise indicou que apesar da existência de algumas estratégias de identificação de necessidades de saúde dos usuários pelos profissionais, há o predomínio de ações voltadas para o aspecto curativo centrado na doença e nos fatores biológicos. Identifico a necessidade do fortalecimento da articulação intersetorial, que deve ocorrer de forma mais intensa e contínua, como um fator que pode contribuir para uma atuação mais efetiva da equipe sobre os determinantes sociais de saúde.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde, Programa Saúde da Família, Necessidades de saúde

## **ABSTRACT**

The object of this study is the perception of the health needs of the population by an occupational health unit organized by the Family Health Strategy. The topic of health needs was raised in facing the operating area of health planning since the focus on research related to the analysis of strategies adopted by professionals to recognize the health needs from the demand brought by users. The concept of health needs based on the adopted categories pointed out by Campos (2004): needs for state presence, needs of social reproduction and the need for political participation. We conducted a case study of the Family Health Unit I, which covers the neighborhoods Goiabal, the Holy Land and Vine Hill in the municipality of Além Paraíba-MG. Data collection was based on observation and semi-structured interviews focused on professionals (nurse, doctor, nursing assistant and two community health workers) who work in their unit. The data were interpreted from the categorical content analysis. The analysis indicated that although there are some strategies for identifying the health needs of users by professionals, there is a predominance of actions directed to the curative aspect based on disease and biological factors. Identify the need to strengthen intersectoral coordination that must occur in more intense and continuous, as a factor that may contribute to a more effective team on social determinants of health.

**Key words:** Primary attention to health, Family Health Program, Health needs

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Perímetro urbano do município de Além Paraíba – MG / Setores das Unidades de Atenção Primária à Saúde----- 54
- Figura 2** Setor de abrangência da USF I – Além Paraíba – MG----- 57

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ACS</b>	Agentes Comunitários de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
<b>CEPAL</b>	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
<b>CMEC</b>	Centro Municipal de Especialidades Clínicas
<b>CNDSS</b>	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>COPASA</b>	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
<b>CORE</b>	Comissão de Residências
<b>CRAS</b>	Centro de Referência da Assistência Social
<b>DSS</b>	Determinantes Sociais da Saúde
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>EPS</b>	Educação Permanente em Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>ESP-MG</b>	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>HIV</b>	Vírus da imunodeficiência humana
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>NATES</b>	Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde
<b>NOAS</b>	Norma Operacional de Assistência à Saúde
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONG</b>	Organização não-governamental

<b>OPAS</b>	Organização Pan- Americana da Saúde
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PDI</b>	Plano Diretor de Investimentos
<b>PDR</b>	Plano Diretor de Regionalização
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PPI</b>	Programação Pactuada Integrada
<b>PROESF</b>	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>SES-MG</b>	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFJF</b>	Universidade Federal de Juiz de Fora
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1 – A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A CONSTRUÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b> .....	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO 2 - NECESSIDADES HUMANAS E PROCESSOS DE TRABALHO</b> ..	<b>35</b>
2.1- Necessidades de Saúde.....	37
<b>CAPÍTULO 3 – AS NECESSIDADES DE SAÚDE EM PAUTA: O CASO DA USF I</b> .....	<b>44</b>
3.1- Caminhos trilhados.....	44
a) Tipo de estudo.....	44
b) Cenário.....	46
c) Sujeitos da pesquisa.....	47
d) Técnicas e instrumentos para coleta de dados.....	48
e) Análise e interpretação dos resultados.....	49
f) Aspectos Éticos.....	51
3.2- Necessidades de saúde: estratégias de reconhecimento e obstáculos para a intervenção.....	52
a) Visitando Além Paraíba-MG.....	52
b) Conhecendo os parceiros do estudo.....	60
c) Reconhecendo as necessidades de saúde.....	63
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>77</b>
<b>ANEXOS E APÊNDICE</b> .....	<b>82</b>

## INTRODUÇÃO

Percorridos dezesseis anos de implantação do Programa Saúde da Família (PSF) torna-se possível tecer considerações sobre o impacto deste programa, que é considerado hoje como uma estratégia na Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>1</sup>.

Teixeira e Solla (2005: 464-465) reconhecem a importância da Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>2</sup> para a extensão de cobertura da APS no país, ainda que “não se possa afirmar que, no conjunto, as ações e os serviços produzidos signifiquem, de fato, a mudança de conteúdo das práticas e da forma de organização do processo de trabalho prevista nos documentos oficiais”.

As práticas das equipes concentram-se, na maioria dos casos, em oferta organizada de serviços básicos como ações de educação sanitária, ações de APS a grupos específicos da população através das ações programáticas e ações de vigilância sanitária desenvolvidas de modo incipiente.

Souza e Hamann (2009) tecem considerações sobre a implantação da ESF nos grandes centros urbanos (municípios acima de 100 mil habitantes e capitais) explicitando que há predomínio de baixa cobertura. Os pesquisadores elencam alguns fatores que contribuem para a não implantação da ESF, quais sejam: altos níveis de exclusão no acesso aos serviços de saúde, oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída, predominância da modalidade tradicional de atendimento à demanda e de programas verticalizados sem estabelecimento de vínculo com a comunidade do seu território.

Nos municípios de pequeno porte observam-se efeitos positivos na queda da mortalidade infantil, entretanto, não há alterações significativas nas condições de saúde da

---

<sup>1</sup> A adoção da terminologia APS neste estudo, em detrimento do uso do termo Atenção Básica (AB) propagado pelo Ministério da Saúde, está baseada na adoção da terminologia APS pela Sociedade de Medicina de Família e Comunidade (MELLO, FONTANELLA e DEMARZO, 2009: 209), e ainda, por ser este o termo que, segundo pesquisa realizada por Gil (2006: 1177), é predominantemente utilizado em artigos científicos da área da saúde significando serviços de saúde de primeiro nível/porta de entrada para o sistema.

<sup>2</sup> A adoção neste estudo da denominação Estratégia Saúde da Família (ESF) está fundamentada na afirmativa de Andrade, Barreto e Bezerra (2006) na qual defendem que a decisão de implementar a ESF transcendeu as limitações e a amplitude limitada inerentes à definição de um programa setorial de saúde. Os autores ressaltam que, na verdade, a ESF não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde uma vez que houve redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2006: 802).

população como um todo. Referindo-se aos limites para uma atenção integral, os referidos autores destacam a ausência de uma rede regionalizada de referência e contra-referência de serviços assistenciais. Mediante esta deficiência, há o predomínio do modelo clássico de assistência a doenças em suas demandas espontâneas sustentadas no tripé constituído por atendimento médico (consultas, apoio diagnóstico), equipamentos e medicamentos.

Corbo, Morosini e Pontes (2007: 103) ao discorrerem sobre a configuração da ESF enquanto potencializadora da inversão do modelo tecnoassistencial, afirmam que os principais desafios se constituem na concretização da APS resolutiva e contínua; na realização de uma política de gestão do trabalho com vínculos pautados na cidadania; e na efetivação de uma política de educação profissional em saúde de qualidade teórica, técnica e política.

Nesta perspectiva de elucidação dos desafios para a consolidação da ESF, Sousa e Hamann (2009) ponderam sobre a necessidade de avançar na expansão da cobertura da ESF nos grandes centros urbanos (atualmente limitada aos grandes bolsões de pobreza); na coresponsabilidade do financiamento da APS/ESF (investimento federal insuficiente, apesar de avanços da municipalização); e ainda, na política de capacitação, formação e educação permanente para profissionais.

Coadunando com os apontamentos de Sousa e Hamann (2009), Bodstein (2009: 1336) acrescenta que além de recursos financeiros, humanos e técnicos devem ser explorados os processos de tomada de decisão a partir do estreitamento de laços entre os gestores, população usuária dos serviços e pesquisadores acadêmicos, o que remete à necessidade de avaliação dos serviços.

Heimann e Mendonça (2005) indicam a existência de lacunas quanto à avaliação da efetividade da ESF como política de mudança do modelo de atenção, redução de desigualdades e garantia da qualidade dos serviços, sendo necessário o fortalecimento da dimensão pública do sistema com ênfase na determinação social da doença e na efetivação do controle social.

Göttems e Pires (2009: 190) indicam que para que as ações de APS contribuam para uma efetiva inversão do paradigma assistencial<sup>3</sup> são fundamentais “duas premissas integradas

---

<sup>3</sup> Göttems e Pires (2009: 190) esclarecem que “a referida mudança consistiria em transcender a abordagem curativa, hospitalocêntrica, fragmentada em especialidades, fundada em processos de trabalhos rigidamente divididos e na hegemonia do médico sobre a equipe de saúde”. Em seu lugar, propõem-se abordagens interdisciplinares, com resgate da integralidade da atenção, centrada na saúde, na comunidade, no

e inadiáveis: no âmbito da sociedade, faz-se necessário fortalecer o controle social sobre as ações governamentais e, no escopo da gestão pública, é necessário priorizar a oferta dos serviços a partir das necessidades de saúde da população”.

As necessidades de saúde são concebidas neste estudo enquanto necessidades de presença do Estado, necessidades de reprodução social e necessidades de participação política conforme categorização elaborada por Campos (2004). Nesta perspectiva, deve-se levar em consideração a disponibilização de políticas sociais pelo Estado e o acesso dos sujeitos a estas; que a inserção dos sujeitos em diferentes classes sociais resulta em diferentes acessos a bens materiais e em conseguinte influencia o processo saúde-doença; e ainda, as formas utilizadas pela população para interferir nas decisões políticas e fazer valer suas reivindicações.

Para responder de forma efetiva às necessidades da população a ESF deve estar pautada no entendimento da saúde enquanto direito social e no enfrentamento dos determinantes sociais<sup>4</sup> que afetam a saúde da população.

Giovanella et al (2009: 784) ressaltam que uma “concepção abrangente/integral” de Saúde da Família deve conter uma rede articulada de serviços de saúde<sup>5</sup> centrados no usuário e que responda a todas as necessidades de saúde da população, bem como desenvolver ações intersetoriais<sup>6</sup>. Entretanto, dados coletados em pesquisas indicam que há poucas iniciativas de intervenção intersetorial, sendo frequentes a fragmentação na rede de serviços, fragilidades dos sistemas de referência e contra-referência, e necessidade de maiores investimentos em serviços de média complexidade.

A escassa articulação entre os setores contribui para a limitação da ação dos profissionais que permanecem com o olhar voltado para o aspecto curativo centrado na

---

fortalecimento das redes solidárias, na co-participação social e na pessoa como sujeito do processo de saúde-doença, seja em nível individual ou coletivo.”

<sup>4</sup> A discussão sobre os determinantes sociais é importante, complexa e atual, motivando a criação da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Os DSS são entendidos pela Comissão como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS e FILHO, 2007).

<sup>5</sup> A integração da rede de serviços na perspectiva da APS envolve a existência de um serviço de procura regular, a constituição dos serviços de APS como porta de entrada preferencial, a garantia de acesso aos diversos níveis de atenção por meio de estratégias que associem as ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas com mecanismos formalizados de referência e coordenação das ações pela equipe de APS, garantindo o cuidado contínuo (GIOVANELLA et al, 2009: 784).

<sup>6</sup> A ação intersetorial busca superar a fragmentação das políticas públicas e é entendida como a interação entre diversos setores no planejamento, execução e monitoramento de intervenções para enfrentar problemas complexos e necessidades de grupos populacionais (GIOVANELLA et al, 2009: 784).

doença e nos fatores biológicos como heranças do modelo hegemônico. Com o predomínio deste olhar dos profissionais, os determinantes sociais que estão na raiz dos problemas apresentados pelos usuários não são levados em consideração, e por conseguinte, há maior dificuldade para a identificação das necessidades dos usuários.

Há uma tendência de medicalização das necessidades de saúde que é decorrente, em muitos casos, do sofrimento difuso (sinais de dores musculares, insônia, angústia, dores de cabeça) que acomete grande parcela da população frente aos problemas sociais que vivenciam como desemprego, falta de moradia digna, violência, dentre outros fatores.

A procura restrita da população pelo médico pode relacionar-se ao fato de ser esta resposta restrita que vem sendo ofertada historicamente pelo sistema, o qual ainda não está voltado para atuar sobre os determinantes sociais que podem ser visualizados no território em que vivem os usuários.

Levando em consideração a heterogeneidade de modelos de APS implementados nos municípios brasileiros e a existência de obstáculos para o alcance de uma atenção que responda às necessidades de saúde da população, identifiquei a importância da realização de novos estudos que desvendem a existência ou não de organização dos serviços que visem a identificação e atendimento das necessidades de saúde dos usuários.

A escolha do objeto “o reconhecimento das necessidades de saúde a partir das equipes de saúde da família” que norteia o presente estudo foi desencadeada por experiências vivenciadas no Programa de Residência em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)<sup>7</sup> em uma Unidade de Saúde da Família (USF) durante o período de março de 2006 a janeiro de 2008. Esta experiência possibilitou o entendimento da importância do profissional se debruçar sobre as demandas e necessidades dos usuários para que estas possam orientar o trabalho, e resultar em mudanças na qualidade de vida da população interferindo em seu processo saúde-doença.

---

<sup>7</sup> Tal programa, criado em 2002 e apoiado pelo Ministério da Saúde, centra-se na educação em serviço sob orientação profissional, e tem como objetivo formar profissionais de saúde - médicos, enfermeiros e assistentes sociais – para desempenharem suas atividades em UBS, por meio de ações de saúde coletiva e de abordagem clínica individual, que contemplem o processo de promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde. O programa possui caráter interinstitucional, envolvendo o Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES), as Faculdades de Medicina, Enfermagem e Serviço Social e o Hospital Universitário, através da Comissão de Residências (CORE), pela UFJF, e a Gerência de Promoção à Vida da Diretoria de Saúde Saneamento e Desenvolvimento Ambiental, pela Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, e do Conselho Municipal de Saúde do respectivo município.

Outra questão que me mobilizou para o estudo do tema foi o desenvolvimento do estudo - “Serviço Social e Saúde: o trabalho do assistente social na ESF” - como pré-requisito para obtenção do título de especialista. O Curso de Especialização em Saúde da Família<sup>8</sup> foi realizado em concomitância com o Programa de Residência.

Considerando os interesses contraditórios presentes nas instituições e acreditando na contribuição da atuação do assistente social para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, o referido estudo analisou o trabalho do assistente social na ESF tendo o objetivo de discutir sobre o objeto de intervenção do assistente social, refletir sobre os objetivos da ação profissional do assistente social, identificar os instrumentos utilizados pelo assistente social e analisar a inserção do assistente social na equipe interdisciplinar.

O desenvolvimento da monografia de especialização revelou aspectos que apontaram para a urgência em investir, aprofundar na reflexão sobre as necessidades de saúde. A partir dos resultados desta pesquisa pude inferir que o trabalho do Assistente Social não está sendo construído com base em análises criteriosas das demandas ou necessidades do usuário, apesar dos assistentes sociais reconhecerem a importância destas. É predominante a observação superficial da realidade, a partir da experiência adquirida junto à comunidade e do andamento dos projetos em execução, para a proposição de projetos.

A pesquisa indicou uma carência no que diz respeito ao planejamento das ações. Sinalizou não haver trabalho de planejamento mais elaborado, baseado em diagnósticos aprofundados, capazes de proporcionar uma maior participação da comunidade na definição dos rumos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais da Unidade de Saúde estudada.

Como fatores que dificultam a realização de diagnósticos foram citados pelos entrevistados a carga de trabalho excessiva e o envolvimento na rotina de trabalho da Unidade de Saúde que impedem a disponibilização de tempo para um trabalho investigativo; falta de organização do tempo destinado para planejamento; a estrutura precária da instituição; o perfil profissional; e ainda, o descrédito de um trabalho de escuta da população influenciado por vertentes de valorização e imposição do saber profissional por parte de alguns profissionais.

---

<sup>8</sup> Curso instalado para atender demandas dos serviços de saúde de Juiz de Fora e região, especialmente aos que aderiram à ESF. Seu objetivo é formar profissionais de nível superior, de forma multiprofissional, para desempenharem suas atividades em UBS.

Indo de encontro a este panorama tecido pela pesquisa citada, Iamamoto nos convida a refletir sobre o quanto é fundamental o conhecimento da realidade da população com a qual trabalhamos, alertando que

Muitas vezes, o profissional move-se pela vontade de estar junto com a população atendida, mas objetivamente não está próximo de seus interesses como coletividade, sendo, de fato, um estranho para os indivíduos com que trabalha [...] contribuindo para que cidadãos se metamorfosem em vítimas, exercendo uma ação de cunho impositivo. Uma das condições do exercício democrático, como já dizia Gramsci, é captar os reais interesses e necessidades das classes subalternas, sentir com elas suas paixões para que se possa efetuar a crítica do senso comum e da herança intelectual acumulada – papel da “filosofia da práxis”. Segundo Ernesto Cardenal é este o papel do intelectual: “devolver claramente às massas o que delas recebeu confusamente”. Supõe conhecimento crítico do universo cultural das classes subalternas, contribuindo para a ultrapassagem de seus elementos opacos, que vedam o descortinar dos horizontes coletivos (IAMAMOTO, 2006: 76-77)

Outra experiência que reforçou o desejo de investigar as necessidades de saúde foi a participação durante os anos de 2007 e 2008 do projeto de pesquisa “A Integralidade na atenção primária no município de Juiz de Fora: as variações de aplicabilidade do modelo tecno-assistencial na operacionalização do SUS” - vinculado ao Grupo de Pesquisa Políticas Públicas, Gestão e Cidadania da Faculdade de Serviço Social da UFJF. Nesta experiência pude participar de discussões importantes sobre o cuidado integral em saúde, perpassando em diversos momentos pela questão das necessidades de saúde contribuindo para ampliação de conhecimento e indagações acerca do objeto de estudo.

Este conjunto de oportunidades/espços de discussão e vivência cotidiana do trabalho em saúde foi, paulatinamente, esboçando questionamentos como: os profissionais escutam ou captam as necessidades dos usuários? Se sim, quais estratégias utilizam para isto? O planejamento das ações de cuidado em saúde está voltado para o conhecimento da realidade dos usuários ou para a priorização de demandas institucionais?

Estes questionamentos impulsionaram e foram “desenhando” a questão central que move este estudo: como são reconhecidas/percebidas/decodificadas pelos profissionais as necessidades de saúde a partir da demanda trazida pelos usuários em uma unidade de saúde organizada pela ESF.

A presente investigação consiste em um estudo de caso sobre a Unidade de Saúde da Família I situada no município de Além Paraíba – MG que abrange os bairros Goiabal, Terra do Santo e Morro do Cipó. O objetivo central consiste em identificar as possíveis estratégias utilizadas pelos profissionais para o reconhecimento das necessidades de saúde da população.

A pesquisa foi realizada a partir de observação e entrevistas semi-estruturadas com os profissionais (enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde) que atuam na respectiva unidade. Posteriormente, os dados foram interpretados a partir da análise de conteúdo categorial.

O estudo foi organizado em três capítulos descritos abaixo.

O primeiro capítulo aborda a Atenção Primária em Saúde no Brasil no contexto de precarização/focalização das políticas sociais e o processo de construção da ESF até sua fase atual, contemplando uma abordagem da concepção do processo saúde-doença.

O segundo capítulo apresenta a consubstancialidade existente entre a satisfação das necessidades humanas e os processos de trabalho com posterior discussão teórica sobre necessidades de saúde.

O terceiro capítulo esclarece o percurso metodológico adotado e apresenta a discussão sobre o reconhecimento das necessidades de saúde da população pelos profissionais da USF I, a partir da análise de estratégias adotadas para a percepção das necessidades de saúde e dos obstáculos para uma atuação mais efetiva sobre os determinantes sociais da saúde.

O debate provocado por este estudo pode gerar ampliação do olhar dos profissionais atuantes na ESF sobre as necessidades de saúde e, por conseguinte, de suas práticas para além das ações programadas predeterminadas pelos gestores centrais enriquecendo o potencial da ESF de inversão do modelo de atenção à saúde. Desta forma, o planejamento das ações tenderia a estar mais aproximado das necessidades de saúde da população tendo as ações desenvolvidas pela equipe maior impacto e melhores resultados na melhoria da saúde do público atendido.

## **CAPÍTULO 1 – A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

O SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988, após um amplo processo de lutas travadas pelo movimento da Reforma Sanitária<sup>9</sup>, é legitimado pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade, ressaltando o direito à informação como primordial para o exercício da cidadania (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Esta conquista foi decorrente de uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro que passa a ser conduzido pelo modelo da seguridade social, o qual busca “romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos” (FLEURY, 2009: 745).

No entanto, as garantias constitucionais foram afetadas pela implementação de uma Reforma do Estado com viés economicista, desencadeada na década de 1990, imposta pelo capitalismo contemporâneo e norteadas pelo neoliberalismo, que resultou em um ajuste fiscal e em redução dos gastos com a seguridade social.

Berhing (2003) afirma que as políticas sociais sofreram o impacto do trinômio da privatização, da focalização associada à seletividade e da descentralização como mero repasse de responsabilidades.

Fleury (2009) sinaliza que este processo foi marcado pela adoção de medidas de redução da presença do Estado na economia e nas políticas sociais que consistiam em: privatização das empresas estatais inclusive as de serviços sociais; redução do valor dos benefícios sociais aliado ao aumento das dificuldades para obtê-los; introdução de mecanismos da economia de mercado como a competição gerenciada na organização dos

---

<sup>9</sup> O Projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados de 1970, tem como preocupação central assegurar que o Estado atue em função das necessidades da sociedade, pautando na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas e pela saúde. Como aspectos significativos destacam-se a universalização das ações, a democratização do Estado e participação social (BRAVO e MENEZES, 2007: 14).

<sup>10</sup> A construção de um projeto de reforma sanitária foi parte das lutas de resistência à ditadura e ao seu modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social e pela construção de um Estado democrático social. (...) A reforma sanitária no Brasil é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional. Emergindo como parte da luta pela democracia, a reforma sanitária já ultrapassa três décadas, tendo alcançado a garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) (FLEURY, 2009: 744 e 746).

serviços sociais; redução do papel de provedor do Estado com a transferência desta competência a organizações civis lucrativas ou não.

Este movimento também teve repercussões em nível cultural e social na medida em que valores como individualismo e consumismo foram absorvidos pela população enfraquecendo estratégias de mobilização e luta por direitos sociais. Fleury (2009) apresenta o panorama do comportamento das diferentes classes sociais frente a esta conjuntura:

... as elites e setores das altas capas médias orientadas cada vez mais para um padrão norte-americano de sociedade de consumo, em detrimento de valores como a solidariedade, a igualdade e a participação cívica. O divórcio entre uma classe média alienada da realidade nacional e a população marginalizada da globalização reflete-se na saúde na existência de um sistema de seguros privados e um sistema público para os mais pobres, mas ao qual os assegurados recorrem em várias situações (FLEURY, 2009: 749).

As políticas sociais passam a ser ofertadas a partir de um novo modelo baseado no que Fleury (2009) denomina de individualização do risco. Para “aqueles que podem pagar” por seus riscos sociais são ofertados diversos seguros sociais (como saúde e aposentadoria) os quais são beneficiados pelo Estado por subsídios, renúncias fiscais e precária regulamentação. Para a “população mais pobre” são oferecidos programas de proteção social focalizados, cujos benefícios em serviços ou transferências de renda implicam requerimentos de provas de necessidade e cumprimento de condicionalidades impostas aos beneficiados.

No âmbito da saúde foram implementadas contenções de gastos justificadas pelo déficit público, sendo que a regulação do setor passou a ser mercantil com a entrega de serviços a instituições não estatais e o setor público sofreu retaliações com cortes orçamentários e redução da avaliação da qualidade dos serviços pelo patamar de produtividade alcançado.

Em decorrência deste quadro, há o fortalecimento da lógica historicamente predominante na área da saúde, que consiste no modelo procedimento-centrado ou médico hegemônico<sup>11</sup>, atendendo a interesses do grande capital a partir da comercialização de

---

<sup>11</sup> O modelo médico hegemônico desenvolveu-se a partir do “Relatório Flexner” que analisou o ensino médico nos EUA em 1910, produzindo uma ampla reforma na formação médica, voltando-se para o campo de pesquisa biológica e a especialização sobre o corpo. A clínica flexneriana se tornou hegemônica, influenciando a modelagem dos serviços de saúde, que passaram a operar por processos de trabalho centrados no saber e na pessoa do médico.

diversos equipamentos e procedimentos de alto custo. A superespecialização e fragmentação do trabalho criam obstáculos para a interação entre os profissionais e destes com os usuários. O trabalho em saúde fica direcionado apenas para o aspecto curativo e os interesses institucionais são sobrepostos às demandas e necessidades dos usuários.

Fleury (2009: 750), em sua análise sobre a fase atual da Reforma Sanitária Brasileira, reconhece a existência de diversos desafios para o SUS, dentre estes considera que além da garantia de acesso dos usuários, faz-se necessária a reorientação das lógicas burocrática e profissional que devem ter o usuário como central ao sistema de saúde de forma a garantir a “exigibilidade de seus direitos, a humanização do acolhimento e a eficácia e resolubilidade do cuidado”.

A APS surge como uma alternativa de superação do modelo hegemônico de atenção à saúde. Andrade, Barreto e Bezerra (2006: 794) explicitam que em 2005, os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), publicaram um documento intitulado “Renovação da Atenção Primária de Saúde nas Américas”, o qual amplia e aprofunda a sistematização sobre a APS, definindo para esta um espectro de “Valores, Princípios e Elementos Essenciais”.

Segundo a OPAS, o sistema baseado na APS é guiado pelos *valores* de direito ao nível de saúde mais elevado possível, equidade e solidariedade; pelos *princípios* da formulação de respostas às necessidades de saúde da população, da orientação dos serviços de saúde pela qualidade, da responsabilidade e prestação de contas dos governos, da construção de uma sociedade justa, da sustentabilidade do sistema de saúde, da participação e da intersetorialidade.

As características da APS elencadas pela OPAS consistem em acesso e cobertura universal; atenção integral e integrada; ênfase na prevenção e na promoção; atenção apropriada (focalizada na pessoa como um todo); orientação familiar e comunitária; organização e gestão otimista; políticas e programas que estimulam a equidade; primeiro contato; recursos humanos apropriados; planejamento que disponha de recursos adequados e sustentáveis; e acoplamento com as ações intersetoriais e com enfoques comunitários.

O Ministério da Saúde define a APS como Atenção Básica (AB)<sup>12 13</sup>, ou seja:

---

<sup>12</sup> Silva Junior & Alves (2007, p. 76) destacam que a adoção da denominação Atenção Básica a partir da NOB 01/96 foi motivada pela busca de ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção, visto que, do ponto de vista ideológico, havia uma forte resistência de alguns atores ao termo atenção primária à saúde. Esta

... 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. É desenvolvida por meio de 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. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se 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 (BRASIL, 2006: 10).

Esta concepção da APS reconhece a complexidade dos processos de atenção à saúde em todos os níveis; a garantia de atenção integral e de qualidade; estimula ações intersetoriais prevendo parcerias com outras instituições e sociedade; e propõe ações pautadas no trabalho em equipe, democratização do conhecimento e incentivo ao controle social.

Para viabilizar os compromissos assumidos pela proposta da APS, inicialmente o Ministério da Saúde criou em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde<sup>14</sup> (PACS) visando reunir informações de saúde da população residente em distintos territórios.

A partir da expansão do PACS para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste após cinco anos de sua criação e dos esforços conjuntos dos gestores de diversos níveis de governo para encontrar uma resposta à necessidade de transformação do modelo de atenção hegemônico no sistema de saúde brasileiro, foi impulsionada a proposta de criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994.

---

resistência, possivelmente, estava ligada ao fato do propósito seletivo prevaler na concepção veiculada por organismos internacionais (FAUSTO & MATTA, 2007, p. 61-62).

<sup>13</sup> Mello, Fontanella e Demarzo (2009, p. 209-210) ao realizarem estudo sobre diferenças conceituais entre Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, esclarecem que não há dados precisos em relação ao motivo da opção do SUS pelo termo Atenção Básica. Entretanto, opiniões emitidas informalmente revelam essa escolha como um “posicionamento ativo em se negar a denominação utilizada pelas agências internacionais, como o Banco Mundial, em suas políticas para a área da saúde”.

<sup>14</sup> Na concepção inicial o Agente Comunitário de Saúde deveria ser um dos moradores daquela rua, daquele bairro, daquela região. Selecionados por um bom relacionamento com seus vizinhos e condição de dedicar oito horas por dia ao trabalho de ACS. Orientado por supervisor (médico ou enfermeira) da unidade de saúde, realiza visitas domiciliares na área de abrangência da sua unidade produzindo informações capazes de dimensionar os principais problemas de saúde de sua comunidade.

A proposição do PSF tinha como objetivo a reestruturação do SUS através da reorganização da rede de assistência à saúde baseada em uma política que valorizasse a universalização do acesso à atenção primária e proporcionasse o avanço do processo de descentralização.

Para o entendimento do papel que hoje representa o PSF, Teixeira e Solla (2005: 464) esclarecem que a proposta inicial deste consistia em um programa ‘vertical’ a ser implantado nas regiões Norte e Nordeste do país em que havia a necessidade de atuar sobre uma epidemia de cólera no início da década de 1990. A partir disso, em 1994, o PSF foi reapropriado e refinado a nível estadual e, posteriormente federal, representando uma “oportunidade histórica de promover a mudança do modelo de atenção à saúde em larga escala”.

Já nas décadas de 1998 a 2002, o PSF ganhou proporção de estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS enquanto instrumento de uma política de universalização da cobertura da APS e reorganização do processo de trabalho neste nível. Nesta fase, a agora então denominada ESF estendeu-se para o sul e sudeste buscando alcançar as cidades de grande porte.

Heimann e Mendonça (2005) sinalizam a importância da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS)<sup>15</sup> que foi criada em 2001 para o fortalecimento da ESF. A partir da NOAS houve avanços na regionalização da assistência como estratégia para hierarquização dos serviços de saúde; atualização dos critérios de habilitação dos estados e municípios; ampliação das responsabilidades da APS; incentivos para a promoção da articulação dos serviços básicos à rede de serviços de maior complexidade através da Programação Pactuada Integrada - PPI (instrumento de formalização dos pactos intergestores para garantir o acesso da população aos níveis mais complexos), do PDR (Plano Diretor de Regionalização) e do PDI (Plano Diretor de Investimentos) para definir necessidade de instalação de serviços, ampliação da estrutura física e inserção de recursos humanos para ampliação do acesso.

---

<sup>15</sup> Vale ressaltar que anteriormente à existência da NOAS, na década de 1990 foram criadas três Normas Operacionais Básicas (NOB) como instrumento para reforma do setor saúde. A NOB 91 representou um instrumento de centralização do sistema de saúde na medida em que não implementou o caráter automático de transferências intergovernamentais e reduziu a atenção a mera prestação de ações médico-assistenciais. A NOB 93 caminhou em direção ao resgate do processo de descentralização do sistema ao estabelecer três níveis de autonomia de gestão entre as esferas infranacionais e liberdade de adesão aos estados e municípios às modalidades de gestão. A NOB 96 consolidou e aprofundou os avanços da descentralização alterando as modalidades de gestão e introduzindo um processo de programação pactuada e integrada entre as três esferas de governo (UGÁ e MARQUES, 2005: 224-225).

A fase atual da ESF envolve sua consolidação e expansão planejada tendo em vista a existência do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), financiado pelo Bird (Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento) e pelo governo federal brasileiro.

O Proesf visa à organização e fortalecimento da APS no país e expansão nas regiões sul, sudeste e nordeste. O primeiro foco está voltado para municípios com mais de cem mil habitantes devido à baixa cobertura da ESF, grande concentração populacional, limitações no acesso aos serviços agravadas pelos problemas sociais urbanos e ao papel da ESF de conversão do modelo de atenção.

O segundo foco do Proesf é a adoção de acompanhamento e avaliação da APS e ESF considerando aspectos estruturais, históricos e políticos. Tem-se o fortalecimento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica (proposto em 1999, revisto em 2002 e alterado em 2004) para apoiar negociação de metas e melhoria da qualidade da atenção. O Pacto estabelece como critério para repasse de recursos a cobertura dos sistemas nacionais de informações. E o terceiro foco envolve a capacitação dos profissionais e reforço da política de recursos humanos.

A Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 normatiza que a ESF deve ser fundamentada nos seguintes elementos:

- I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam;
- II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- V - ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006: 20).

A ESF visa superar o modelo de atenção hegemônico baseado na doença e na assistência médica individual, dando ênfase às ações articuladas de promoção, prevenção,

diagnóstico, tratamento e reabilitação construindo bases para a garantia de uma atenção integral à saúde da população através do trabalho em equipe<sup>16</sup>.

A concepção teórica da ESF está pautada no conceito ampliado de saúde; a família e seu espaço social constituem-se no núcleo básico de abordagem na atenção à saúde; e trabalha-se com a identificação do risco social e epidemiológico no território.

Heimann e Mendonça (2005) explicitam que a concepção de saúde adotada pelo Ministério da Saúde se fundamenta no paradigma da determinação social da doença, sendo recuperadas as propostas do modelo de atenção formulado no interior do movimento da Reforma Sanitária.

Ao rediscutir a questão da determinação social da saúde e da doença, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) publicou em fevereiro de 2009 um termo de referência para o Seminário do Cebes. Neste documento, destaca que relatórios recentes publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e comissões nacionais sobre os determinantes sociais consagram um modelo de análise que difere do originado nos estudos da epidemiologia social latino-americana da década de 1970.

#### Na concepção original

... as condições sociais que favorecem a saúde e a doença deveriam ser compreendidas através de uma multiplicidade de “determinações”, ou seja, de atribuições conceituais que, combinadas adequadamente, permitem transformar a idéia abstrata da saúde em algo que expressa antes de tudo as condições concretas de trabalho e de reprodução da vida de uma dada classe social. (...) o estudo da determinação social da saúde está sustentado nas categorias de trabalho e reprodução social da vida, de tal modo que as condições naturais, ambientais e biológicas, apareciam subordinadas ou “filtradas” por essas categorias que fundavam e estruturavam todo o processo de análise (Cebes, 2009: 1).

Segundo o Cebes, os relatórios atuais apresentam os determinantes sociais como “fatores sócio-econômicos, cujos resultados podem ser analisados lado a lado com os efeitos exercidos pelos fatores de ordem biológica e ambiental”. Esta interpretação escamoteia os

---

<sup>16</sup> As equipes multiprofissionais são compostas por no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com jornada de trabalho de quarenta horas semanais. Quando ampliada, a equipe conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3.000 a 4.500 pessoas ou de 1.000 famílias de uma determinada área.

processos sócio-históricos limitando a discussão dos determinantes sociais como fatores de risco/escolhas inadequadas de estilo de vida.

Em contrapartida, Campos e Bataiero (2007) sinalizam que “os diferentes padrões ou características de saúde-doença que se concretizam no corpo biopsíquico dos indivíduos têm sua gênese nas condições materiais da vida cotidiana, ou seja, nos perfis de reprodução social em que se desenvolvem como seres sociais”. Para responder às necessidades de saúde da população, a equipe multiprofissional atuante na ESF deve abordar o indivíduo na sua totalidade e como parte de um contexto social, econômico, histórico e político.

O processo saúde doença é interpretado hoje pela Epidemiologia Crítica<sup>17</sup> de forma dinâmica e integral sendo traduzido como

... producto de las condiciones económicas, políticas e ideológicas imperantes, pero es al mismo tiempo producidas por las especiales condiciones de vida del individuo, quien ha debido conformar su existencia em base a esas propias condiciones “externas” y em base al legado histórico que recibe como cultura y como biología (GRANDA, 1992: 52).

Castellanos (1992: 62) explicita que a existência de diferentes classes sociais, ou seja, “grupos de población que se articulan de forma diferente com la producción, distribución y consumo de bienes y servicios y em las relaciones de poder de la sociedad”, influencia de forma incisiva nos processos de saúde doença que são determinados pelas condições de vida e bem estar acessíveis a cada classe social.

Laurell (1982) reforça este entendimento ao defender a saúde-doença como processo social afirmando que

... nosso objeto de estudo não se situa a nível do indivíduo e sim do grupo. Sem dúvida, não poderia ser qualquer grupo, mas um construído em função de suas características sociais, colocado somente em segundo lugar as características biológicas. Assim é porque o grupo não adquire relevância por ser construído por muitos indivíduos em vez de apenas um, senão enquanto nos permite apreender a dimensão social propriamente dita deste

---

<sup>17</sup> A Epidemiologia Crítica é produto de um esforço de reconceitualização do pensamento epidemiológico iniciado no final da década de 1960 na América Latina. Granda (1992: 52) esclarece que: Mediante el pensamiento dialéctico la Epidemiología Crítica une lo biológico com lo social, lo individual com lo colectivo, la teoría com la práctica, creando una interpretación dinámica e integral del proceso salud-enfermedad.

conjunto de indivíduos, que, assim, deixam de ser entes biológicos justapostos (LAURELL, 1982: 11).

As condições de vida particulares podem, conforme Castellanos (1992: 62-63), ser agrupadas em diferentes momentos do processo de reprodução social, quais sejam:

- Processos biológicos: reprodução genética da espécie humana que ocorre nos processos de concepção, gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento que proporcionam maior ou menor vulnerabilidade ou resistência dos componentes do grupo frente aos problemas e riscos de saúde.
- Processos ecológicos: conjunto de relações que os membros do grupo estabelecem com outras espécies, entre si e com o meio ambiente natural. Constitui exemplo as condições de saneamento básico.
- Processos de consciência e conduta: conjunto de características ideológicas e culturais que se expressam em nível de organização, consciência, hábitos, formas de conduta frente aos demais membros do grupo, a outros grupos e à saúde. Constituem exemplos o processo educativo formal e informal, a dinâmica de interação individual e coletiva e as formas de organização e participação.
- Processos econômicos: forma particular de participação do grupo na produção, distribuição e consumo de bens e serviços. Resultam em diferentes riscos a que são expostos no trabalho, possibilidades de satisfação de necessidades básicas e capacidade de consumo e acumulação.

Castellanos (1992) defende que o conjunto articulado destes processos determina e explica a situação de saúde de diferentes classes sociais. Levando em consideração estes processos, o planejamento de ações de saúde deve ser orientado por estudos das condições de vida da população a ser atendida, sendo fundamental a participação e consulta desta população na definição de ações.

Indo ao encontro deste entendimento, Granda (1992) ao desenvolver uma explanação sobre a Epidemiologia Crítica, indica que a investigação epidemiológica deve englobar a participação da população a ser estudada, fato que enriquece e traz resultados mais efetivos para as ações a serem implantadas. O autor esclarece que

... la participación popular em el proceso investigativo influye necesariamente em la formulación de juicios apodícticos, em la selección de prioridades de intervención, em la selección de estrategias y em la implementación de acciones. [Aponta assim para] ... una nueva necesidad de la Epidemiología de relacionarse com la investigación sobre el saber em

salud com miras a precisar la forma como los sectores populares establecen sus necesidades en este campo, y sobre todo, la manera como cambian o reformulan esas necesidades; es importante apuntalar la superación de las necesidades que surgen em el mundo de la pseudoconcreción poblacional para que éstas caminen hacia un tipo de necesidades relacionadas com una construcción de mayor autenticidad (GRANDA, 1992: 54-55).

Stotz e Araújo (2004) colocam em pauta a necessidade de construção de uma nova cultura para o setor saúde em que haja a superação do autoritarismo do saber técnico arraigado pelos profissionais e do pressuposto da completude do conhecimento especializado. Os autores orientam que:

Reconhecer as limitações do próprio saber significa admitir e validar outro saber – o saber comum, não especializado – na identificação mais ampla dos problemas de saúde e na compreensão dos contextos da vida e dos recursos mobilizados pela população diante das carências, do sofrimento e da enfermidade (...) Reconhecer o saber comum significa superar os preconceitos incluídos na “representação da clientela”, o que significa respeitar e tentar entender a fala do outro, abandonando a idéia da incultura associada aos erros de linguagem e ao caráter não sistemático do pensamento como obstáculos do conhecimento. Deve-se admitir que para sobreviver, todos precisam dispor de uma teoria implícita. Para a maioria da população – que vive apenas do seu trabalho numa vida em que o presente está mais marcado pelo passado do que pelo futuro – os problemas de saúde relacionam-se a impasses da vida, a situações de opressão e da injustiça. A humildade e a timidez dessas pessoas costuma ser interpretada como expressão do “conformismo” gerado pela pobreza. Mesmo quando isso acontece, pode ser que a tentativa de negar certos aspectos dramáticos seja uma atitude defensiva, uma alienação consciente e não ignorância (Valla, 2004). Um aprendizado dessa natureza requer interação de saberes e práticas, quer dizer, a interação e interlocução entre profissionais e técnicos e representantes da população organizada no âmbito dos serviços, em momentos de avaliação, de diagnóstico e de planejamento das atividades (STOTZ e ARAÚJO, 2004: 15-16).

Outra questão a ser superada diz respeito à cultura normativa em que as ações são reguladas por normas centralizadas e hierarquias rígidas impedindo a descentralização e a tomada de decisão a nível local. Stotz e Araújo (2004: 16) identificam uma recusa à criatividade não normatizada uma vez que “Difícil é assumir a mediação entre as normas e o cotidiano, pois obriga todos a serem criativos, inventivos, com evidentes perigos para as hierarquias estabelecidas”.

As ações em saúde não podem atender apenas o instituído que é exigido pelos gestores e visto como adequado pelos profissionais através de seus saberes técnicos, é imprescindível ouvir a opinião dos usuários e conhecer a realidade em que vivem através do estabelecimento de uma perspectiva dialógica (MATTOS, 2009: 778). Decifrar a demanda espontânea e reconhecer as necessidades da população é uma forma de buscar entender as manifestações desta que busca ajuda nos serviços, não restringindo o atendimento à demanda programada, muitas vezes organizada em torno das ações previstas pelos órgãos gestores da política de saúde.

Castellanos (1992) reforça a preponderância da lógica das necessidades da população sobre a lógica institucional quando se quer realizar intervenções integrais e efetivas nas políticas de saúde, entretanto, alerta que

Obviamente, esto requiere un proceso de maduración. Tanto las instituciones de salud y bienestar como la población misma tienen que aprender una nueva forma de relación y de comportamiento más responsable, más participativo. Pero este parece ser el camino más idóneo para lograr mayor eficiencia y eficacia y sobre todo mayor equidad en las condiciones de vida y de salud, sobre todo en el contexto de la crisis actual y al mismo tiempo contribuir a reforzar la conciencia, organización y movilización de la población (CASTELLANOS, 1992: 64).

Como parte desse processo de amadurecimento para obtenção de sujeitos mais participativos e críticos, faz-se necessário um maior controle do destino e da aplicação dos recursos orçamentários pelo governo.

Göttems e Pires (2009) explicitam que, embora a APS possa se constituir em espaço político para produção de dinâmicas e tecnologias partilhadas de poder, tem tido pouca influência no reordenamento do mercado de bens e serviços de saúde no Brasil, fato que compromete seu potencial para a inversão do modelo de atenção.

A organização da assistência à saúde no SUS, através de uma rede de serviços de APS, de média e alta complexidade, permanece centralizada em procedimentos médico-hospitalares. Esta dinâmica envolve a compra indiscriminada de serviços do setor privado pelo público e na baixa qualidade da APS, favorecendo a crescente contratação de planos privados pela classe média.

As ações de APS implicam menores custos e são mais utilizadas pela população menos abastada, com fraco poder de vocalização e mobilização política, tendo interferência restrita na relação entre mercado e trabalho mediada pelo Estado na conformação das políticas sociais. Os níveis de média e alta complexidade possuem interface direta com o financiamento e manutenção do setor privado de serviços (Göttems e Pires, 2009: 192).

Stotz e Araújo (2004) destacam que no tocante à política de saúde, as medidas recomendadas pelo Banco Mundial envolvem investimentos públicos prioritários sob a forma de serviços clínicos essenciais e de ações básicas de saúde pública para os segmentos mais pobres da população. Mediante o exposto, podemos verificar que as ações de APS desenvolvidas na atualidade brasileira coadunam com as recomendações descritas acima, fato que traduz a focalização da política de saúde em detrimento do acesso universal e integral preconizado pelo SUS.

Nogueira e Pires (2004) sinalizam que as reformas em saúde propostas pelas agências multilaterais como Banco Mundial, Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS) e a Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL) estão acarretando uma acentuação da focalização e da seletividade pautada na pobreza. Em decorrência é delineada uma visão de cidadania social restrita dirigida aos seguimentos populacionais extremamente empobrecidos. A partir desse panorama:

O direito à saúde, ao ser analisado numa perspectiva sociohistórica, deixa de ser visto como uma decorrência dos ideais humanitários de solidariedade, de moralidade ética, de justiça social e de necessidade básica articulada à sobrevivência, e passa a ser visto como uma exigência dos processos de acumulação de capital e subordinado aos complexos e intrincados mecanismos de mediação, próprios do sistema capitalista em seu estágio atual. (...) A forma de financiamento e operacionalização das políticas sanitárias aponta para a articulação público-privado, eximindo-se o Estado de seu papel de garantidor de direitos (NOGUEIRA e PIRES, 2004: 758).

Calipo (2002), ao realizar uma análise crítica da política de saúde brasileira, parte do pressuposto de que o conceito de equidade presente na NOB/96 substituiu e trouxe restrições ao de universalidade. A equidade é incorporada aos princípios do SUS representando priorização de algumas ações e serviços e restrição do universo das pessoas a serem atendidas pelo SUS a indivíduos e grupos da população em função de situações de risco e condições de

vida e saúde. Apesar da manutenção do discurso da universalidade, Calipo (2002) identifica elementos que representam limitações às conquistas legais do SUS.

Dentre estes elementos a pesquisadora destaca a focalização da atenção básica na comunidade e na família, havendo a visão romântica do termo comunidade como grupo unido e estável. Através desta falsa idéia os conflitos sociais e a existência de classes sociais são escamoteados e o espaço político para mediação destes conflitos é enfraquecido.

Calipo (2002) apresenta ainda o segundo elemento que diz respeito à privatização do espaço público e faz duras críticas à ESF e ao PACS afirmando que ambos contribuem para restrição da universalidade através da restrição de grupos populacionais a serem assistidos, de ações a serem executadas e da distinção do acesso aos serviços.

A atenção à saúde é determinada por dois grandes grupos segundo destaca Calipo (2002: 111). O primeiro é constituído por ações de atenção básica dirigida a toda população através de divulgação de informações educativas, de ações de vigilância epidemiológica e sanitária. E o segundo é composto por ações com intervenções clínicas dirigidas a grupos específicos da população através de ações programáticas. As ações ambulatoriais e hospitalares são progressivamente lançadas para o mercado na forma de entidade pública-não estatal através das organizações sociais<sup>18</sup>.

Enquanto terceiro elemento Calipo (2002) aponta a despolitização da sociedade desencadeada pela postura do Ministério da Saúde de imposição da implantação das ações definidas pelos sujeitos técnicos formuladores de políticas para a liberação de financiamento para os municípios. Mediante esta postura, os sujeitos técnicos tomam as decisões sobre a política de saúde municipal no lugar dos sujeitos políticos – Conselhos e Conferências de Saúde. A autora explicita que:

Ao terem as decisões tomadas por órgãos técnicos, há uma despolitização das instituições públicas, pois nenhum Conselho ou Conferência deixará de se convencer a votar na adoção das políticas do PSF e PACS que constituem uma das grandes fontes, se não a maior, de financiamento da saúde dos municípios. Além disso, sentem-se desqualificados tecnicamente para

---

<sup>18</sup> Entidades sem fins lucrativos que estabelecem parceria com o Estado e recebem recursos financeiros, bens e equipamentos para administrar. O controle estatal será feito de modo “estratégico”, significando a realização de “resultados estabelecidos em Contrato de Gestão”. As organizações sociais terão “autonomia administrativa” e por serem regidas pelo direito privado poderão ser regidas segundo o modo privado, o que significa “contratação de pessoal pelas condições de mercado; a adoção de normas próprias para compras e contratos e ampla flexibilidade na execução de seu orçamento” (CALIPO, 2002: 118).

questionar as elaborações dos especialistas. Os Conselhos e as Conferências de Saúde estão se transformando em órgãos formais de participação popular (CALIPO, 2002: 114).

Castro e Machado (2010) indicam que o novo arranjo federativo na saúde compreendeu avanços no movimento de descentralização político-administrativa com ênfase na municipalização, entretanto, a grande parte dos municípios brasileiros é de pequeno porte e possuem base de sustentação econômica insuficiente, necessitando de maior incentivo financeiro da esfera federal para execução da APS.

Os referidos autores tecem críticas à fragmentação do recurso federal voltado para a indução de programas específicos que delimita a decisão dos gestores locais e impõe obstáculos para a proposição de ações de acordo com as especificidades locais. Assim, há o predomínio de ações prescritivas que nem sempre atendem as diversas realidades singulares de cada localidade de um país com grande base territorial.

Göttems e Pires (2009) reforçam esta crítica delatando uma dualidade na política oficial do governo, uma vez que, apesar da concepção ampliada de APS defendida nos documentos oficiais detecta-se uma delimitação programática das ações.

Na conjuntura política e econômica em que a proposta de implantação do SUS se insere, convém considerar a atenção básica de forma ambígua, ou seja, ora como um conjunto de ações que pode viabilizar mudanças a partir de seus princípios e em diálogo com os demais níveis, como advoga o discurso da Estratégia Saúde da Família (ESF), ora como programas de saúde pública, exequíveis por meio de atividades, atribuições e normas bem definidas (GÖTTEMS e PIRES, 2009: 192).

Os pesquisadores acrescentam que é necessária uma reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico frente ao atual contexto globalizado e restritivo das garantias sociais, argumentando que:

Embora o espaço da política seja essencial para a pactuação das questões de interesse público, ele não ocorre destituído de poder e dos interesses privados, em especial no capitalismo. Para um embate de tal envergadura, há de se fortalecer o sentido do bem-comum e da cidadania na sociedade civil, situação ainda distante em países como o Brasil. (...) para que a atenção primária à saúde possa conferir equidade e universalidade no acesso ao

SUS, é preciso que ela seja suficientemente capaz de interferir no mercado de bens e de serviços de saúde (GÖTTEMS e PIRES, 2009: 195-196).

Gil (2006: 1180) lança observações sobre a influência do ideário neoliberal racionalizador (focalização, baixo custo, pacote básico, excludente) que incide sobre as ações de APS e nas fragilidades da ESF. Mediante isto, a autora sugere que o caminho deve ser trilhado a partir de uma agenda pactuada entre gestores das três esferas de governo, na qual os referenciais teóricos sejam aprofundados e alinhados na construção de um novo paradigma na saúde afim de “tornar a gestão pública em saúde comprometida com mudanças mais efetivas que atendam as necessidades de saúde da população”.

Mendes (2002) indica alguns desafios para implementação da ESF com potencial de alteração do sistema de atenção primária, quais sejam:

- O *desafio seminal* configurado pela passagem de um sistema composto pelo SUS, sistema de saúde suplementar e sistema de desembolso direto, para um sistema público universal previsto na Constituição Federal de 1988 que ainda não se realizou de forma plena.
- O *desafio ideológico* caracterizado pela passagem da concepção piramidal de organização do sistema, cuja base é a atenção primária com concepção hierárquica, para a organização de um sistema de rede, cujo centro é a APS, responsável pelo estabelecimento da ligação com os demais níveis de atenção. No sistema em rede não há hierarquização sendo os pontos de atenção diferenciados por funções de produção específica e por suas densidades tecnológicas.
- O *desafio econômico* que seria o aumento satisfatório do investimento dos níveis de governo em gasto sanitário e com a APS.

Farah (2006) esclarece que é inegável que a ESF traz em si um grande potencial para gerar o reordenamento do modelo de atenção à saúde, entretanto, enfrenta críticas e problemas para sua implantação. Dentre os problemas destacam-se o financiamento insuficiente, baixa capacidade de gestão, escassa institucionalização da avaliação e inadequação dos recursos humanos.

Enquanto agravante deste panorama, há ainda o escasso entendimento do que representa a ESF por diversos sujeitos da política persistindo iniciativas características do modelo assistencial hegemônico, o que afirma a necessidade de investimento em formação de recursos humanos e educação permanente.

Podemos ainda identificar problemas relativos à ausência de parâmetros de remuneração para profissionais e precarização das condições de trabalho, fator que se traduz em instabilidade e peregrinação dos profissionais por municípios em busca de maior valorização profissional. Farah (2006) explicita que para atrair profissionais são oferecidas facilidades como flexibilização da carga horária possibilitando a atuação em plantões que são oferecidos como forma de complementação salarial, o que não condiz com a necessidade e proposta da ESF.

Aliado aos aspectos negativos que prejudicam os resultados alcançados pela ESF podemos citar a insuficiência de insumos, equipamentos e infra-estrutura física presente na maioria dos municípios brasileiros.

Junqueira et al (2010: 923) ao realizar investigação sobre gestão de recursos humanos na atenção primária indica que quanto maior o tempo de experiência/permanência do profissional na ESF melhor é a qualidade do serviço prestado. Os motivos elencados para esta constatação são referentes à obtenção de conhecimentos sobre a população, afetividade, confiança, maior compreensão da realidade e entrosamento com as famílias atendidas.

Visando aprimorar a gestão de recursos humanos os gestores municipais deveriam buscar alternativas para regulamentação das relações de trabalho e, em contrapartida, subsidiar e acompanhar o trabalho desenvolvido nas USF's no sentido da promoção de "real interação entre as competências dos trabalhadores e as necessidades do coletivo" (JUNQUEIRA et al, 2010: 924).

Entretanto, o que é visto na realidade é o emprego de alternativas de incorporação arcaicas do empreguismo, clientelismo e patrimonialismo, como, por exemplo, a indicação política. Junqueira et al (2010: 925) salienta que "essa incorporação de trabalho alienada impede também a formação de uma classe trabalhadora autônoma e possuidora de identidade coletiva, na medida em que reforça a sua fragmentação pela distribuição desigual de privilégios".

Vale ressaltar a importância de iniciativas de aprimoramento profissional que são incentivadas pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) lançada pelo Ministério da Saúde através da Portaria 198/ 2004. A educação permanente constitui-se em potencial instrumento de identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde, bem como de construção de processos de qualificação da atenção e gestão em saúde e de incentivo ao controle social.

Frente aos obstáculos apresentados para o desenvolvimento do potencial da APS baseada na ESF de reordenamento do modelo de atenção à saúde, Farah (2006) ressalta que

As políticas de saúde só serão viáveis no nível local se forem flexíveis e se as propostas de viabilização delas forem construídas a partir da verdadeira integração e a soma de esforços entre formação, serviço, trabalhadores, gestores e população, imbuídos desde a elaboração das propostas. Seria ilusão acreditar que a política da Saúde da Família estabelecer-se-ia como uma proposta de reorientação do modelo assistencial no SUS, com apenas normas, diretrizes estabelecidas pelo nível central, sem controle e apoio necessários ao seu desenvolvimento (FARAH, 2006: 53).

## CAPÍTULO 2 - NECESSIDADES HUMANAS E PROCESSOS DE TRABALHO

Para a satisfação de suas necessidades o homem instaura processos de trabalho que consistem em atividades coordenadas intelectual e mecanicamente em que há consumo de energia, as quais estão vinculadas a uma finalidade presente antes e durante sua instauração.

O homem não exerce suas atividades de forma isolada, mas sempre em interação com outros homens e, por conseguinte as necessidades que se transformam em finalidades são pertencentes a um grupo que busca sua reprodução. A reprodução social sofre influência das diferentes condições históricas, porém, o homem sempre se constitui enquanto ser social.

Durante os processos de trabalho os homens transformam a natureza e concomitantemente reproduzem-se. Mendes-Gonçalves indica este elemento como ponto chave da sociabilidade humana uma vez que:

... só através de relações entre si os homens-indivíduos-trabalhadores “entram” nos processos de trabalho; essas relações não são apenas “subjetivas”, mas se objetivam em relações com objetos e os instrumentos de trabalho, e quando o processo termina deve haver como resultado ao mesmo tempo: produtos, reprodução ampliada das forças naturais dominadas, reprodução das relações sociais referidas aos objetos e aos instrumentos e, dentro e através disso tudo, re-produção dos próprios indivíduos-trabalhadores. Obviamente, esses indivíduos implicam suas “relações, condições etc.”, e, portanto são, enquanto indivíduos, mediada e necessariamente seres sociais (MENDES-GONÇALVES, 1992: 15).

Essas reflexões traduzem a inter-relação existente entre os processos de trabalho e as necessidades dos homens estando inclusos nesta dinâmica os carecimentos de reprodução das relações sociais em cada estrutura sócio-histórica. Assim,

... os carecimentos que desencadeiam os processos de trabalho, e que são por eles satisfeitos, não são senão mediadamente os dos próprios homens que participam em cada um deles, mas desde que unidos aos carecimentos de todos os outros homens, que participam de todos os outros processos de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992: 17).

No sistema de produção capitalista, a apropriação privada dos produtos do trabalho implica na divisão social do trabalho em que as relações entre os homens é determinada pelas diferentes posições ocupadas nas condições objetivas de produção.

Granda (1992: 46) aponta a categoria reprodução social como essencial para a compreensão do processo de consumo da força de trabalho humana, uma vez que, de acordo com a posição ocupada pelo trabalhador na produção serão estabelecidas relações com as instituições e com o Estado, sendo configuradas condições favoráveis ou desfavoráveis para a sua reprodução. Por conseguinte, o perfil epidemiológico característico de cada classe social é determinado pelo seu respectivo perfil de reprodução social, o qual consiste no

... conjunto da vida social caracterizado pelas formas de trabalhar e consumir, pelas relações que os seres humanos estabelecem entre si para produzir a vida social, pela forma em que transformam a natureza, pela forma em que realizam a distribuição e o intercâmbio de bens socialmente produzidos, pelas instituições que geram e pelo nível de consciência e organização que alcançam (CAMPANA apud CAMPOS, 2004: 18-19).

O homem como ser natural e histórico possui necessidades específicas e conscientes que ao serem satisfeitas levam ao surgimento de novas necessidades “necessárias” as quais constituem “o conjunto de necessidades de toda ordem que devem estar presentes para a reprodução do homem em um certo período e em uma certa sociedade, e eventualmente, em cada grupo particular de homens nessa sociedade” (MENDES-GONÇALVES, 1992: 20).

Destaca-se a importância de diferenciar o caráter sócio-histórico das necessidades “necessárias” com a utilização do conceito de “necessidade social” como “necessidades da sociedade”. Isto porque as necessidades “necessárias” são sempre pertencentes a indivíduos sócio-historicamente determinados e, em contrapartida, as “necessidades sociais” remetem-se à idéia da possibilidade de existência de necessidades generalizadas da sociedade desconsiderando as necessidades pessoais dos membros desta.

As “necessidades sociais” definidas pelo capitalismo significam na realidade “necessidades individuais do grupo de indivíduos que personifica o capital, que assume como ‘suas’ as necessidades decorrentes de uma relação social que, assim, se re-produz” sustentando a relação de dominação (MENDES-GONÇALVES, 1992: 47).

No modo de produção capitalista, há crescente criação de necessidades “necessárias” que são funcionais a este modo de produção que objetiva o lucro ocasionando a fetichização das necessidades. Entretanto, Mendes-Gonçalves (1992: 22) esclarece que para a satisfação das necessidades “necessárias” há que haver a superação da estrutura de poderes que as geram. Esta superação deve ser baseada na formação de um dever moral em que haja a busca de satisfação de “necessidades radicais”, ou seja, necessidades humanas concretas/existenciais como acesso à cultura, ao descanso, ao relacionamento interpessoal afetivo e sexual, à educação, à saúde, entre outras, vinculadas à essência humana e à individualidade concreta.

## 2.1- Necessidades de Saúde

A reflexão sobre as necessidades de saúde passa inevitavelmente pelo debate em torno dos processos de trabalho em saúde. No capitalismo, o trabalho em saúde desenvolveu-se a partir de dois modelos<sup>19</sup>, quais sejam: o modelo epidemiológico relativo ao controle de doenças enquanto fenômeno coletivo e o modelo clínico anátomo-patológico referente à recuperação dos doentes e de suas forças de trabalho imprescindíveis para obtenção da mais valia.

O primeiro modelo voltava-se para o controle de doenças infecciosas limitando-se a ações de saneamento básico, vigilância epidemiológica e imunizações.

O segundo modelo tornou-se hegemônico atendendo as “necessidades sociais” da sociedade capitalista, atuando sobre corpos individuais abstratos limitados às suas dimensões biológicas desconsiderando o corpo concreto determinado em suas relações sociais.

Neste modelo o processo de trabalho inicialmente era realizado apenas pelo médico, surgindo posteriormente outros profissionais na divisão técnica do trabalho. Neste movimento, a dinâmica do trabalho em saúde sofre complexificações que implicam aumento de serviços e dispêndio de recursos financeiros.

Assumindo o perfil de empresas prestadoras de serviços capitalistas, grandes instituições de saúde lançam-se no mercado visando aumento de produtividade e competência

---

<sup>19</sup> Mendes-Gonçalves (1992: 45) ressalta que o termo modelo não deve ser interpretado como conjunto de normas a serem seguidas, apontando que o conceito de modelo traduz-se na “necessidade ineludível de consistência prática entre objetos do trabalho, instrumentos e a ação do agente do trabalho, para que o processo possa efetivamente objetivar-se em um produto”.

técnica por efeito da competição e da busca do lucro através do atendimento às necessidades constantemente criadas e recriadas. O avanço deste processo gerou a chamada “crise contemporânea da medicina”, resultando em gastos sociais extremamente volumosos e crescentes com o setor saúde.

Ao longo do século passado até os dias atuais são efetuados esforços de integração entre os dois modelos mencionados. Não obstante, Mendes-Gonçalves (1992: 47) afirma que para a construção de um novo modelo que pretenda atender efetivamente as “necessidades radicais” este deve ser construído a partir de um dever moral que negue a possibilidade de prévia definição das “necessidades sociais” por grupos minoritários portadores do poder de decisão em nome de toda uma sociedade.

As sociedades capitalistas contemporâneas vivenciam um alto grau de consumismo que resulta em graves inversões de valores em que

... de meios para a plena vivência da vida, os objetos de consumo se transformam em fins; de necessidades qualitativamente específicas, as necessidades desses objetos se transformam em “sacos sem fundo” cuja lógica é apenas quantitativa; de enriquecimento da personalidade individual resta apenas a dependência alienada, e empobrecimento objetivo e subjetivo do homem (MENDES-GONÇALVES, 1992: 48).

O processo saúde-doença do homem sofre os efeitos desta forma de pensar e agir arraigada na sociedade, tendo o homem sua saúde protegida contra as doenças para que possa vender sua força de trabalho explorada pelo capital. Concomitantemente, a este homem não são facultadas, na grande maioria das vezes, possibilidades de desfrutar sua saúde em atividades voltadas para seu desenvolvimento enquanto ser portador de “necessidades radicais”.

O surgimento da Epidemiologia Crítica, fruto da reconceitualização do pensamento epidemiológico iniciado no final da década de 1960, potencializa a realização de intervenções na área de saúde coletiva ao ampliar seu olhar para a gênese dos problemas de saúde que acometem a população. Isto implica na consideração do perfil de reprodução social, das relações sociais estabelecidas no mundo contemporâneo e das diferentes culturas criadas por grupos humanos.

Neste contexto, no decorrer das décadas de 1970 e 1980, surge a saúde coletiva estando em permanente construção até os dias atuais conforme esclarecem Paim e Filho (2009), que a conceituam como campo de conhecimento e de práticas.

Enquanto campo de conhecimento, a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações; enquanto processo social investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los.(...) Enquanto âmbito de práticas, a saúde coletiva envolve determinadas práticas que tomam como objeto as necessidades sociais de saúde, como instrumentos de trabalho distintos saberes, disciplinas, tecnologias materiais e não materiais, e como atividades intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente, independentemente do tipo de profissional e do modelo de institucionalização. Abrange, portanto, um conjunto articulado de práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas, desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas instituições de saúde, nas organizações da sociedade civil e nos institutos de pesquisa, informadas por distintas correntes de pensamento resultantes da adesão ou crítica aos diversos projetos de reforma em saúde (PAIM e FILHO, 2009: 10).

Stotz (1991) aborda as mediações do conceito de necessidades de saúde de modo a subsidiar teórica e metodologicamente a área do Planejamento em Saúde. Em suas conclusões Stotz considera que embora possamos pensar as necessidades de saúde enquanto necessidades humanas, genéricas, sua historicidade se manifesta de forma individual.

Nesta perspectiva, as necessidades de saúde são delimitadas pelos próprios indivíduos, na medida em que as carências são referenciadas por valores partilhados entre os indivíduos, por direitos e obrigações estabelecidos numa dada sociedade. Assim, a definição das necessidades de saúde resulta de um processo histórico que supera os limites impostos pelo Estado à ação social dos indivíduos.

Desta forma, o planejamento em saúde pautado em necessidades de saúde da população será sempre aproximativo, uma vez que a relação entre estas necessidades e a atenção oferecida pelo sistema institucional de saúde estará sempre em permanente construção, havendo ainda a necessidade de articulação intersetorial.

Os conjuntos de sentidos atribuídos às necessidades de saúde possuem complexidade e devem ser identificados em sua expressão individual, entretanto, não se pode ignorar que são construídos socialmente e determinados historicamente na sociedade capitalista. Mediante isto, Stotz alerta para a tendência de individualização de necessidades ao considerar que

A questão é complexa porque, numa sociedade capitalista, as necessidades de saúde são percebidas como necessidades individuais e o sistema social de atenção as considera de um ponto de vista abstrato, com base em indicadores. Em outros termos, as pessoas são descontextualizadas de suas relações sociais, de suas trajetórias de vida e de sua cultura. O sistema de saúde funciona, na sociedade capitalista, como uma forma de compensar, no nível individual, problemas ou condições sociais que apontam para situações socialmente injustas do ponto de vista da saúde (STOTZ, 2003: 3).

Coadunando com Stotz (2003), Campos (2004) esclarece que as necessidades são definidas por indivíduos social e historicamente determinados, os quais são heterogêneos por terem inserções sociais diferenciadas. Assim, os processos de produção dos serviços de saúde deveriam ter como finalidade atender as necessidades de saúde reveladas pelos indivíduos e pela coletividade de determinado território, levando em consideração a determinação social do processo saúde-doença visando uma política pública pautada no direito à saúde.

Campos (2004) desenvolveu um estudo na atenção primária no município de São Paulo, acerca das necessidades de saúde da população da área de abrangência de uma unidade de saúde, e formulou a partir de entrevistas realizadas com profissionais e usuários, três ordens de necessidades as quais constituirão o conceito de necessidades de saúde tomado na presente investigação.

As necessidades foram categorizadas por Campos (2004) em necessidades de presença do Estado (que deve assegurar o acesso universal à saúde), necessidades de reprodução social (base do processo saúde-doença) e necessidade de participação política (em que a sociedade civil deve organizar-se para lutar pelo atendimento às suas necessidades de saúde enquanto direito).

Ao analisar o objeto de trabalho em saúde, Campos (2004) obteve como resultado que as ações dos profissionais estão direcionadas para necessidades recortadas por doenças e por uma política de focalização da atenção à saúde, ao invés de serem lançadas ações de maior

amplitude baseadas no entendimento das condições de vida da população e na articulação intersetorial.

A preponderância do capitalismo na sociedade imprime aos homens a impossibilidade de responder suas “necessidades radicais” (CAMPOS e BATAIERO, 2007: 4), definidas como aquelas que são guiadas pela criatividade e liberdade em prol da criação e enriquecimento humano. O foco volta-se para o atendimento das “necessidades sociais”, que caminham junto à manutenção do capital, havendo uma imposição na medida em que as necessidades são homogeneizadas e os sujeitos são tomados como abstratos.

Os sujeitos pertencentes a diferentes classes sociais são dotados de possibilidades de consumo e acesso discrepantes, o que resulta em diferentes condições materiais de vida cotidiana que afetam o processo saúde-doença, sendo projetadas necessidades de reprodução social que variam entre os indivíduos. Campos e Bataiero (2007) entendem que

(...) os processos de trabalho em saúde instaurados a partir do SUS, deveriam responder a necessidades ampliadas, aquelas identificadas com os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, em direção às necessidades atinentes ao aprimoramento da essência humana (CAMPOS e BATAIERO, 2007: 5).

Entretanto, para o atendimento das necessidades de saúde da população, o sistema de saúde utiliza critérios de relevância social (transcendência), epidemiológica (magnitude) ou econômica (custos), o que privilegia alguns grupos sociais e oculta outras necessidades.

A população que utiliza os serviços públicos de saúde é penalizada pela insuficiência dos recursos financeiros disponibilizados para a manutenção dos serviços, predominando uma segmentação e desarticulação do sistema. A morosidade das filas de espera, a precariedade das instalações e equipamentos freqüentemente encontrados no SUS simbolizam o descaso das autoridades públicas frente à problemática e o predomínio de decisões políticas que não priorizam o caráter universal do sistema.

As necessidades de saúde são em geral institucionalmente determinadas, seguindo critérios de racionalização dos recursos<sup>20</sup>, com centralidade em grupos específicos por faixa etária (como crianças, mulheres na fase reprodutiva, e outros) ou ações programáticas como prevenção e tratamento de doenças (hipertensão arterial, diabetes melittus, tuberculose, hanseníase, e outras). Assim, não há uma atuação sistemática junto à população atendida nos serviços com a finalidade de leitura das necessidades dos indivíduos em seus territórios com abordagem concreto-operacional.

Campos e Bataiero (2007) analisam o estabelecimento destes critérios biológicos e corporais (raça, sexo, doenças específicas, faixa etária) para o agrupamento da população visando o atendimento de necessidades abstratas de saúde, verificando uma implicação séria de desconsideração e amortecimento dos critérios políticos de agrupamento (classe, orientação política), o que se torna favorável à manutenção da ordem do capital. Há o predomínio do interesse individual e da responsabilização dos usuários por sua condição de saúde, neutralizando os problemas sociais.

Castellanos (1992) tece críticas sobre esta tendência de abordagem a nível individual que limita os potenciais de transformação das condições de saúde e reduz as ações de saúde à atenção centrada na doença. Ao analisar os grupos de hipertensos ou diabéticos assevera que

Sus relaciones están fuera de su vida familiar, residenciales, políticas y laborales. Son, em definitiva, um grupo terapêutico que se organiza alrededor del médico o la institución de asistencia, puede ser muy útil para el paciente em términos de autoestima y de reforzamiento de conductas, pero las posibilidades de que su grupo social identifique las relaciones entre sus condiciones de vida y de trabajo y esos problemas de salud, se ven reducidas; y por lo tanto, también las posibilidades de que identifiquem su papel en la promoción e protección de su salud (CASTELLANOS, 1992: 66).

Este movimento mistificador colide com os princípios do Movimento Sanitário que traz em seu bojo a universalidade e integralidade do SUS, na perspectiva de justiça social. Stotz (2003) analisa essa realidade e assevera que

---

<sup>20</sup> Segundo critérios estabelecidos pelo Banco Mundial (1994), o pacote mínimo essencial para a saúde deve ser direcionado para os seguintes grupos: crianças até 05 anos, gestantes e puérperas, portadores de doenças infecciosas debilitantes (DSTs/AIDS, tuberculose e hanseníase), doenças crônico degenerativas ( hipertensão arterial sistêmica e diabetes melittus) e algumas doenças psiquiátricas (esquizofrenia e psicose maníaco-depressiva).

(...) a situação vigente expressa o predomínio de interesses contrários aos princípios norteadores da Reforma Sanitária e da saúde como direito constitucional. A segmentação do sistema de saúde favorece os interesses privados que se beneficiam do modo de financiamento das ações de saúde; a atenção à saúde é assistencialista, e, apesar de centrada na ótica curativa individual, tem baixa resolutividade diante das necessidades da saúde da população. O autoritarismo da cultura sanitária e médica descarta os direitos do paciente e o reconhecimento do saber da população (STOTZ, 2003: 9).

O presente estudo abordará o tema das necessidades de saúde no âmbito operacional voltado para a área do planejamento em saúde, visto que o enfoque dado à pesquisa relaciona-se à análise das estratégias adotadas pelos profissionais de uma unidade de saúde organizada pela ESF para o reconhecimento das necessidades de saúde a partir da demanda trazida pelos usuários.

## **CAPÍTULO 3 – AS NECESSIDADES DE SAÚDE EM PAUTA: O CASO DA USF I**

### **3.1- Caminhos Trilhados**

O presente capítulo aborda inicialmente os caminhos trilhados para a construção do estudo, trazendo os elementos que direcionaram a realização da pesquisa.

A metodologia, segundo Minayo (1993), constitui-se em uma forma de abordagem da realidade, integrando as idéias veiculadas a partir da teoria. A metodologia comporta o arcabouço teórico adotado pelo pesquisador, as técnicas de aproximação do real e ainda a criatividade do sujeito que se dedica para construir a pesquisa.

A pesquisa possibilita sucessivas aproximações do real, representando um processo de busca permanente e inacabada. A pesquisa social (MINAYO, 1993: 23) é carregada de historicidade a qual “reflete posições frente à realidade, momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de classes e grupos determinados”.

#### **a) Tipo de estudo**

Para abordar o objeto de estudo desta investigação – “o reconhecimento das necessidades de saúde a partir das equipes de saúde da família” – optei pela pesquisa qualitativa. Conforme Deslandes e Gomes (2004) esta abordagem busca compreender de forma abrangente e profunda o conjunto de dados coletados, analisando o significado atribuído pelo sujeito aos fatos, relações e práticas, e avaliando simultaneamente as interpretações e as práticas dos sujeitos da pesquisa .

Nogueira-Martins e Bógus (2004) elencam três aspectos que caracterizam a abordagem qualitativa, quais sejam: o caráter epistemológico relacionado à visão de mundo implícita na pesquisa; a busca de dados ricos em descrições de pessoas/acontecimentos/vivências; e o método de análise baseado na compreensão e não em evidências.

Acredito que a pesquisa qualitativa permite um maior aprofundamento do estudo, possibilitando ao pesquisador mergulhar nos significados atrelados ao objeto de estudo, de

forma a desvendar a realidade estudada, deixando suas convicções permearem a interpretação dos dados.

Foi realizado um estudo de caso definido teoricamente por Chizotti (2000) como

... uma caracterização abrangente para designar uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular ou de vários casos a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência, ou avaliá-la analiticamente, objetivando tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora (CHIZOTTI, 2000: 102).

A expressão “estudo de caso” foi cunhada no âmbito da pesquisa e da psicologia sendo utilizada em estudos de caso individual. No campo das ciências sociais, há o predomínio do caso constituído por uma organização, uma prática social ou um grupo populacional, que em geral são pesquisados através de observação participante e entrevistas (BECKER apud DESLANDES E GOMES, 2004: 104).

Nas ciências sociais o estudo de caso apresenta duplo objetivo. O primeiro deles consiste em compreender de forma mais abrangente possível o caso estudado revelando aspectos da realidade estudada e uma multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação. O segundo objetivo consiste na tentativa de desenvolver declarações teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e estruturas sociais (BECKER apud DESLANDES E GOMES, 2004: 105).

Devem ser reunidas informações acerca do objeto de estudo de forma a alcançar um maior conhecimento sobre este que esclareça as dúvidas e possibilite o desenvolvimento de ações posteriores.

Geertz apud Deslandes e Gomes (2004) aponta o risco de considerar o caso como uma “fotografia em miniatura da realidade”, ou seja, não é pertinente considerar que ao estudar as relações de um serviço de saúde captaremos todo o conjunto das relações do Sistema de Saúde.

Na realidade, o estudo de caso pode possibilitar a construção de conhecimento a partir da singularidade de um caso, como por exemplo, as relações de um serviço de saúde, de forma a permitir que sejam estabelecidas correlações com a lógica do sistema de saúde da qual faz parte (STAKE apud DESLANDES E GOMES, 2004: 105).

Deslandes e Gomes (2004: 106) apontam que cada estudo é uma aproximação da realidade do caso. Ao buscar a compreensão do que está sendo focalizado no estudo, na

verdade, nos deparamos com “as principais marcas identitárias do nosso caso, caracterizando-as, estabelecendo relações entre elas, identificando modelos que as estruturam e as suas relações com seu contexto”.

## b) Cenário

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Saúde da Família – Unidade Dr Antônio Marinho Cortês – do município de Além Paraíba – MG. Esta Unidade também denominada USF I <sup>21</sup> abrange os bairros Goiabal, Terra do Santo e Morro do Cipó.

A opção pela USF I foi baseada em indicação do secretário de saúde por ser esta a primeira USF a ser implantada no município, fato que significa maior tempo de implantação da ESF e experiências vivenciadas.

Ressalto que a USF I está situada no único bairro do município em que está implantado o Centro de Referência da Assistência Social – CRAS <sup>22</sup>.

A USF I foi inaugurada em outubro de 1999, estando sua sede localizada no bairro Goiabal à rua Madre Maria Neves, nº 623 em Além Paraíba-MG. Atualmente a área de abrangência apresenta aproximadamente 1.068 famílias cadastradas, totalizando 3.905 usuários.

---

<sup>21</sup> O primeiro módulo de PSF a ser criado no município em agosto de 1994 foi no bairro Goiabal, daí a denominação PSF I. Posteriormente, foi implantado em outubro de 1998 o PSF II Caxias, em agosto de 1999 o PSF III Jaqueira e em maio de 2000 o PSF IV Angustura (zona rural).

<sup>22</sup> O CRAS - Centro de Referência da Assistência Social é uma unidade pública estatal localizada em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada ao atendimento socioassistencial de famílias. Nesse sentido, destacam-se como principais atuações do CRAS:

- Presta serviços continuados de Proteção Social Básica de Assistência Social para famílias, seus membros e indivíduos em situação de vulnerabilidade social, tais como: acolhimento, acompanhamento em serviços socioeducativos e de convivência ou por ações socioassistenciais, encaminhamentos para a rede de proteção social existente no lugar onde vivem e para os demais serviços das outras políticas sociais, orientação e apoio na garantia dos seus direitos de cidadania e de convivência familiar e comunitária;
- Articula e fortalece a rede de Proteção Social Básica local;
- Previne as situações de risco no território onde vivem famílias em situação de vulnerabilidade social apoiando famílias e indivíduos em suas demandas sociais, inserindo-os na rede de proteção social e promovendo os meios necessários para que fortaleçam seus vínculos familiares e comunitários e acessem seus direitos de cidadania. [online]. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/psb-protecao-especial-basica/cras-centro-de-referencias-de-assistencia-social/cras-institucional/?searchterm=CRAS>> Acesso em: 22 nov.2010.

A equipe alocada na sede do bairro Goiabal é constituída por uma enfermeira (coordenadora da equipe), um médico, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

Além destes, também integram a equipe formalmente um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário, entretanto, estes profissionais não atuam na sede, devido inadequação do espaço físico como será explicitado na apresentação dos resultados. Há ainda, mais um auxiliar de enfermagem que atua no ponto de apoio situado no bairro Terra do Santo, particularidade que será também trabalhada na apresentação dos resultados.

### c) Sujeitos da pesquisa

No âmbito deste estudo trabalhei com cinco profissionais: um médico, um enfermeiro, dois agentes comunitários de saúde e um auxiliar de enfermagem.

Observo que, com exceção dos agentes comunitários de saúde, trabalhei com a totalidade dos profissionais alocados na Unidade selecionada. O trato diferenciado dado aos agentes se justifica porque, diferente dos demais, há mais que um profissional na equipe. Diante deste número diferente de agentes comunitários de saúde optei por utilizar o critério da saturação como parâmetro para me indicar quando finalizar minhas entrevistas com estes profissionais.

Segundo Fontanella, Ricas e Turato, (2008) este critério permite ao pesquisador cessar as entrevistas quando as informações fornecidas são suficientes para o atendimento dos objetivos da pesquisa. Foi então, baseada neste critério, que o número de agentes comunitários de saúde entrevistados foi definido.

Além destas entrevistas foi realizada uma entrevista com um profissional de saúde - médico sanitário - que atuou em cargo de coordenação na Secretaria de Saúde à época da implantação da Saúde da Família no município em meados da década de 1990, a fim de obter informações sobre a história da APS em Além Paraíba. A necessidade da realização desta entrevista foi ocasionada pela ausência de registros na Secretaria de Saúde que pudessem esclarecer os fatos históricos de interesse para esta investigação.

#### d) Técnicas e Instrumentos de coleta de dados

Para atingir os objetivos almejados a técnica utilizada foi a entrevista. Conforme assegura Minayo (1993: 109) a entrevista constitui-se em um instrumento privilegiado de coleta de dados na medida em que a fala pode ser reveladora de condições estruturais, de valores, normas e símbolos, ao mesmo tempo em que possui “(...) a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas”.

Foram direcionadas aos sujeitos da pesquisa entrevistas semi-estruturadas. Esta estrutura de entrevista propicia ao sujeito um espaço mais amplo para discorrer sobre o tema apresentado não se prendendo a questões rígidas, contribuindo para o aprofundamento da comunicação verbal e não-verbal o que enriquece os dados a serem colhidos (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004: 150).

O roteiro da entrevista com profissionais da USF I conteve elementos capazes de possibilitar a identificação dos sujeitos da pesquisa (formação profissional, carga horária de trabalho, vínculo de trabalho, tempo de atuação na ESF e na USF I, cursos de atualização); provocar a emergência de reflexões acerca do cotidiano do trabalho (formas de realização do primeiro atendimento ao usuário, a ocorrência de reuniões de equipe, articulação intersetorial, utilização de roteiros para atendimento, utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB) que pudessem representar possíveis estratégias de identificação de necessidades de saúde dos usuários de forma a subsidiar o planejamento das ações da equipe.

O roteiro representou uma orientação para o estabelecimento da interlocução com os entrevistados, sendo constantemente atualizado durante os diálogos e utilizado com flexibilidade para favorecer a obtenção das informações pertinentes ao objetivo da pesquisa que pudessem emergir no encontro pesquisador-entrevistado. Como esclarece Schraiber (1995):

O roteiro, em particular, assume o papel de guia da narrativa e é utilizado para orientar o pesquisador na colocação de temas estimulantes do relato, constituindo apoio ao trabalho de reflexão ou memória auxiliar. Deve-se percorrê-lo subordinadamente à dinâmica que o próprio entrevistado dá à narrativa e respeitando a sequência das questões que o relato produz (SCHRAIBER, 1995: 68).

As entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise. Foram necessárias três visitas à sede da USF I para a abordagem dos profissionais e as entrevistas tiveram duração média de 30 minutos. Vale ressaltar que o local de realização das entrevistas foi a própria USF I, sendo realizada observação constante da dinâmica de funcionamento da unidade com posterior registro em diário de campo.

Para abordagem do profissional médico sanitário que não integra a equipe da USF I foi utilizada a entrevista aberta em que foi apresentado o tema - história da APS em Além Paraíba – sendo colhidas informações a partir das experiências vivenciadas pelo sujeito. Como mencionado, a participação deste profissional na pesquisa foi necessária para a obtenção de dados que não foram encontrados em registros documentais da Secretaria de Saúde do município e eram importantes para o entendimento do processo de implantação da APS.

Durante esta entrevista foi possível o acesso a diversos documentos do arquivo pessoal do entrevistado que permitiram o resgate da história da implantação das USF's no município, bem como o entendimento do contexto político da época. Esta entrevista foi registrada manualmente e houve posterior análise da documentação fornecida.

Visando obter dados demográficos e sócio-econômicos sobre o município foi realizada visita à sede do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE situada em Além Paraíba havendo acesso à fonte de dados disponibilizada também pela internet. A obtenção de dados epidemiológicos sobre o município foi possibilitada pelo fornecimento de relatórios expedidos pela secretaria municipal de saúde. Esclareço que os dados da área de abrangência da USF I referentes ao SIAB não foram disponibilizados de forma que permitisse sua análise comparativa com os dados municipais.

#### e) Análise e interpretação dos dados

Para a interpretação dos dados foi utilizada a análise de conteúdo definida por Bardin (2004) como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de

conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2004: 37).

Neste sentido, a análise de conteúdo trabalha com a fala, com a prática da língua, com as variações individuais dos emissores, tentando compreender esses sujeitos em seus ambientes, num determinado momento, analisando suas significações através das mensagens. “A mensagem exprime e representa o emissor” (BARDIN, 2004: 127).

Corroborando esta concepção, Chizzotti (2000: 98) entende a análise de conteúdo enquanto método de tratamento e análise de informações que objetiva “compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”.

Para a aplicação da análise de conteúdo pode-se utilizar a abordagem quantitativa/dedução frequencial e/ou a abordagem qualitativa/análise por categorias temáticas.

Nessa pesquisa, optei pela análise por categorias temáticas, em que considera-se a presença ou ausência de uma dada característica de conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento da mensagem. Estes fragmentos são reagrupados em categorias conforme os temas que emergem no texto, sendo o tema entendido enquanto “a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN, 2004: 99).

Sendo o tema a unidade de registro, na análise temática, ao se utilizar o recorte como regra, a preocupação deve estar direcionada para a análise dos núcleos de sentido que compõem a comunicação e não com o número de vezes que a forma aparece no texto. Entretanto, a presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

Campos (2004: 613) observa que a análise não deve ser extremamente vinculada ao texto ou a técnica, num formalismo excessivo, que prejudique a criatividade e a capacidade intuitiva do pesquisador, e nem tão subjetiva levando o pesquisador a impor suas próprias idéias ou valores. Para isto, a fundamentação teórica acerca do tema deve guiar a análise.

A organização da análise foi realizada a partir da leitura exaustiva dos dados coletados nas entrevistas, que tinham a finalidade de construir o “corpus” da pesquisa, ou seja, o

conjunto de informações coletadas a serem submetidas aos procedimentos analíticos. Para isto, foram consideradas as regras de exaustividade (consideração de todos os elementos do “corpus”), representatividade (identificação de uma amostra), homogeneidade (“corpus” compostos por documentos homogêneos, sem demasiada singularidade) e pertinência (fonte de informação correspondente aos objetivos do estudo) conforme Bardin (2004: 90-92).

Mediante esta etapa, tendo como base os objetivos e questões levantadas pelo estudo, foi realizado o recorte e a codificação do texto em unidades de categorização (compostas por enunciados que abarcam um número variável de temas) que foram identificadas e analisadas na pesquisa.

#### f) Aspectos Éticos

A pesquisa seguiu as normas estabelecidas pela Resolução Nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética da UFJF conforme Parecer nº 108/ 2009 (Anexo A) e Adendo (Anexo B).

Foi estabelecido contato com o secretário de saúde do município tendo em vista a exigência do Comitê de Ética da UFJF da assinatura do termo de concordância para a realização da pesquisa.

A participação dos sujeitos foi de livre e espontânea vontade, conforme termo assinado (Apêndice). Os sujeitos foram informados sobre os objetivos do estudo e da possibilidade de desistência da participação da pesquisa, sem qualquer prejuízo para os mesmos, conforme preconiza a referida resolução.

Foram assegurados o anonimato e sigilo das informações e esclarecido aos participantes que as informações obtidas seriam utilizadas para fins acadêmicos e científicos. Para garantir o anonimato dos entrevistados, foram então criadas formas de identificação para os entrevistados, denominados de Entrevistado A, B, C, D e E.

Os depoimentos gravados originados nas entrevistas permanecerão armazenados em poder da pesquisadora por um período de cinco anos, quando ao término deste, todo material será eliminado, conforme Resolução Nº 196/1996 do CNS.

### 3.2 – Necessidades de saúde: estratégias de reconhecimento e obstáculos para a intervenção

Neste capítulo pretendo apresentar o debate sobre o reconhecimento das necessidades de saúde da população pelos profissionais da USF I, a partir da análise das estratégias adotadas para o reconhecimento destas e dos obstáculos para uma atuação mais efetiva sobre os determinantes sociais da saúde. Porém, antecedendo a discussão considere importante contextualizar o município de Além Paraíba-MG, a partir da apresentação de dados demográficos, sócio-econômicos e epidemiológicos; organização dos serviços; história de implantação do Programa Saúde da Família no município e caracterização da USF I.

#### a) Visitando Além Paraíba/MG

O município de Além Paraíba está situado a 140 m de altitude, às margens do Rio Paraíba do Sul, na Região Sudeste do Estado de Minas Gerais, na Zona da Mata. Apresenta população estimada de 34.591 habitantes conforme estimativa populacional de 2009 divulgada pelo IBGE. A maioria da população (85,4%) concentra-se na zona urbana.

Segundo fonte do IBGE (2008) a atividade econômica é predominantemente ligada ao setor de serviços que é responsável por 80,62 % do Produto Interno Bruto (PIB), seguido do setor de indústria que representa 16,02 % do PIB e ainda do setor agropecuário responsável por 3,35 % da geração do PIB.

Os dados divulgados pelo IBGE relativos ao censo demográfico de 2000 indicam algumas informações sócio-econômicas importantes para caracterização do município.

Os dados mostram que 13 % da população economicamente ativa do município estão sem ocupação/desempregadas. Dentre a população empregada, 37,10 % possuem vínculo de trabalho celetista, 9,79 são militares ou estatutários e 27,86 % não possuem vínculo formal de trabalho.

No aspecto educacional, a taxa de alfabetização está estimada em 88,07 %, sendo os níveis de escolaridade definidos da seguinte forma: 56,02% da população possui apenas nível fundamental, 16,89 % possuem nível médio, somente 7,10 % possuem nível superior e ainda uma parcela ínfima de 0,17 % concluíram cursos de mestrados e/ou doutorado. Mediante os dados podemos verificar um baixo grau de instrução da população (Censo IBGE 2000).

No tocante ao saneamento básico, observamos que 88,59 % dos domicílios possuem acesso a serviço de coleta de lixo, 91,62 % são beneficiados pelo abastecimento de rede geral / COPASA e 76,49 % tem acesso à rede geral de esgoto para o qual não há tratamento.

Quanto ao abastecimento de luz elétrica 98,65 % dos domicílios possuem acesso ao serviço. E ainda 76,56 % dos municípios estão localizados em área que possui calçamento/pavimentação.

No tocante à situação de saúde da população destaco alguns indicadores de saúde do município estabelecendo uma correlação com as taxas apresentadas no estado de Minas Gerais e a nível nacional no ano de 2007<sup>23</sup>.

A taxa bruta de natalidade do município aproximada era de 7,7 nascidos vivos por mil habitantes, enquanto no estado era 16,2 e no Brasil era 16,6, o que demonstra um baixo crescimento populacional no município.

A taxa bruta de mortalidade do município era 8,5 óbitos por mil habitantes, índice elevado ao compararmos com a taxa estimada no estado que era de 5,7 e no Brasil era 6,0.

A taxa de mortalidade infantil no município era de 18,0 óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos, estando muito próxima do índice estadual que era de 17,4 e nacional de 20,0.

Quanto à mortalidade proporcional por grupos de causas a situação do município reflete a realidade averiguada a nível estadual e nacional, sendo as principais causas identificadas as doenças do aparelho circulatório e neoplasias.

A expectativa de vida ao nascer da população residente no município referente ao ano 2000 divulgada pelo IBGE era de 69,1 anos, enquanto que na região sudeste girava em torno de 72 anos e no Brasil era estimada em 70,4 anos.

O município pertence à macroregional Sudeste, à regional de Leopoldina e à microregião de Cataguases e está habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada<sup>24</sup>.

---

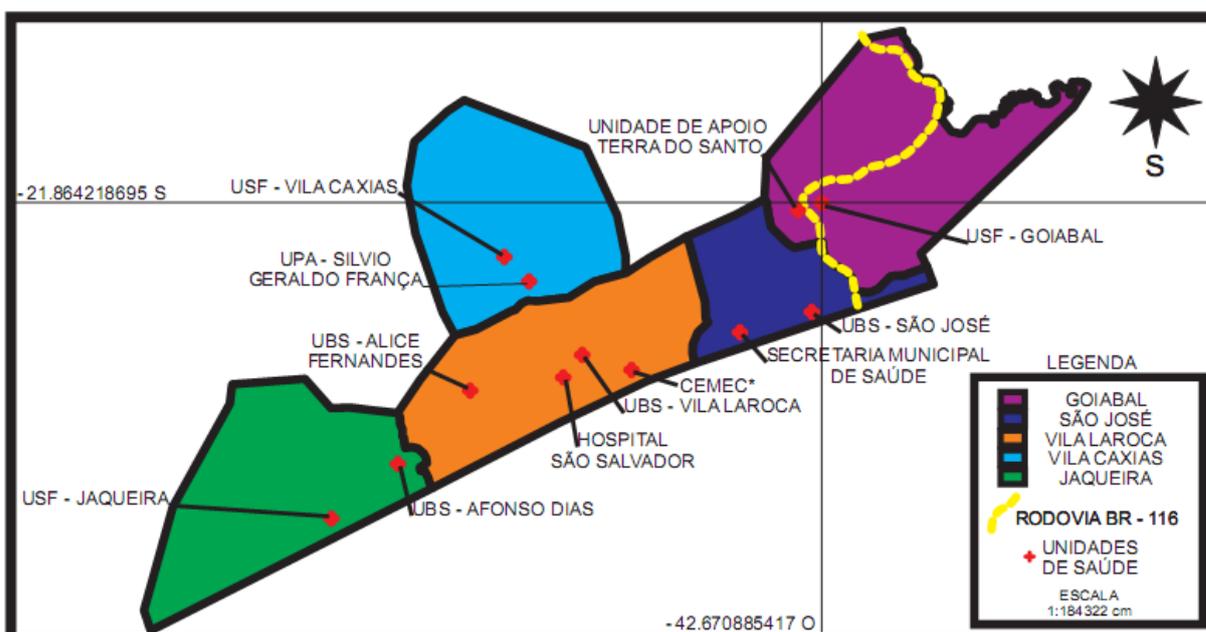
<sup>23</sup> Os dados sobre os indicadores municipais foram extraídos do Caderno de Informações de Saúde/Ministério da Saúde, já os indicadores estaduais e nacionais foram pesquisados on line. Disponíveis em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>> Acesso em: 29 nov.2010.

<sup>24</sup> A partir da publicação Norma Operacional da Assistência à Saúde- NOAS-SUS 01/02 os municípios poderão habilitar-se em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada ou Gestão Plena do Sistema Municipal. Conforme esta norma são áreas de atuação estratégicas mínimas da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: o controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes *mellitus*, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Segundo dados do IBGE (2000) 62,2 % dos estabelecimentos de saúde do município são públicos e 37,8 % são particulares. Dentre os estabelecimentos públicos, 54,1% são municipais, 5,4 são estaduais e 2,7 são municipais.

O município apresenta quatro Unidades de Saúde da Família denominadas USF I - Goiabal, USF II - Caxias, USF III - Jaqueira e USF IV - Angustura (zona rural). Existem ainda quatro Unidades Básicas de Saúde denominadas respectivamente Afonso Dias, Alice Fernandes, São José e Vila Laroça e seis Postos de Saúde situados na zona rural denominados Aterrado, Beira Rio, Fernando Lobo, Gironda, Marinópolis e Sítio Branco. A localização das unidades de saúde situadas na zona urbana pode ser verificada na figura 1.

**Figura 1** – Perímetro urbano do município de Além Paraíba – MG / Setores das Unidades de Atenção Primária à Saúde



Fonte: ONG CASA / [www.casa.bio.br](http://www.casa.bio.br)

No nível secundário há o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a Unidade de Coleta e Transfusão de Além Paraíba/Hemominas e a Unidade Micro Regional de Referência (CMEC) que consiste em ambulatório de especialidades. No nível terciário há o pronto socorro geral denominado Pronto Atendimento Silvio Geraldo França e uma unidade hospitalar de caráter beneficente que consiste no Hospital São Salvador.

No que diz respeito à participação e controle social o município conta com os espaços previstos na Lei Federal 8.142/90 <sup>25</sup>: Conselhos e Conferências de Saúde. O Conselho Municipal de Saúde foi criado em 1992, sendo hoje constituído por 36 conselheiros titulares e 36 conselheiros suplentes, dos quais 25% são prestadores de serviços e gestores, 25% são profissionais de saúde e 50% são usuários dos serviços de saúde. As reuniões ocorrem na primeira segunda-feira de cada mês. Entre os meses de maio a agosto de 2010 foi realizado o Curso de Capacitação de Conselheiros da microrregião pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – ESP MG<sup>26</sup>.

O município realiza as Conferências Municipais de Saúde a cada quatro anos, sendo a última a V Conferência Municipal de Saúde realizada em agosto de 2009.

O PSF foi implantado no município em agosto de 1994 a partir de um convênio entre o município e o Ministério da Saúde. Os bairros selecionados para receber a primeira equipe de saúde da família foram o Goiabal e o Morro do Cipó, sendo o critério para a escolha o fato de localizarem-se em área carente da periferia da zona urbana. Este parâmetro estabelecido traduz uma concepção de APS seletiva desenvolvida focalizadamente para grupos populacionais de determinadas áreas pobres, a qual não condiz com a concepção atual de APS como estratégia de organização do sistema de saúde. O relato que se segue tece uma crítica a este parâmetro adotado pelo governo municipal que é associado a interesses políticos que visam angariar votos.

---

<sup>25</sup> Regulamenta os Conselhos e as Conferências de Saúde que são instâncias colegiadas de participação da sociedade civil. As Conferências de Saúde têm como objetivo propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de governo - municipal, estadual e federal e os Conselhos de Saúde, órgãos colegiados constituídos em caráter permanente e deliberativo, compostos paritariamente por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros em cada nível de governo correspondente.

<sup>26</sup> Criada como órgão autônomo pela Lei Delegada 135/2007, a ESP-MG é dotada de autonomia administrativa, orçamentária e financeira, com sede na capital do Estado e subordinada administrativamente à Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG). Segundo a lei delegada, a ESP-MG tem por finalidade planejar, coordenar, executar e avaliar as atividades relacionadas ao ensino, à educação, à pesquisa e ao desenvolvimento institucional e de recursos humanos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Além do sistema estadual de saúde, a Escola integra-se institucionalmente à Rede de Escolas Técnicas do SUS, à Rede de Ensino para Gestão Estratégica do SUS e mantém parcerias com universidades de reconhecida excelência. [on line] Disponível em: <<http://www.esp.mg.gov.br/integracao-institucional>> Acesso em: 29 nov.2010.

As pessoas acham que PSF é só para área carente, eu acho que o PSF deveria ser estendido para o município inteiro. São 04 equipes no município de Além Paraíba, só. Então é um terço do município que é abrangido pelo PSF e mais uma vez eu acho que vem reforçar aquela idéia de interesse político mesmo (ENTREVISTADO C).

Esta concentração das USF's em áreas periféricas também reflete a focalização das políticas de saúde na ótica de racionalização de gastos, conforme apontamento de Nogueira e Pires (2004). Os pesquisadores identificam que esta lógica é ditada pelas agências internacionais visando interesses de acumulação de capital. Em consequência deste direcionamento político há restrição da cidadania social à extrema pobreza, numa estratégia de amortização de conflitos pautada na seletividade.

Calipo (2002), ao analisar a política de saúde brasileira, tece críticas ao conceito de equidade ao identificar que este trouxe restrições ao de universalidade. Com a adoção de restrições dos serviços de saúde a ações direcionadas a indivíduos e grupos populacionais a partir de situações de risco, o governo paulatinamente reduz sua responsabilidade pelo atendimento universal à saúde.

Após a criação do módulo PSF I Goiabal em agosto de 1994, foi implantado em outubro de 1998 o PSF II Caxias, em agosto de 1999 o PSF III Jaqueira e em maio de 2000 o PSF IV Angustura (zona rural). A definição das áreas de abrangência das USF's ocorreu tendo como parâmetro os setores censitários mapeados pelo IBGE.

Segundo dados fornecidos pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais em dezembro/2009, o município apresentava 39,97% de cobertura populacional da ESF, fato que demonstra uma estagnação da implantação desta estratégia no município após o ano de 2000.

Inicialmente, a equipe do PSF I - pesquisado neste trabalho - realizou atendimentos em um trailer localizado no Morro do Cipó, posteriormente, em 1995 foi construído um pequeno módulo junto à creche e à Escola Ana Mattos no bairro Goiabal. Entre maio de 1996 e maio de 1997 as atividades foram paralisadas por falta de profissionais (médico e enfermeira).

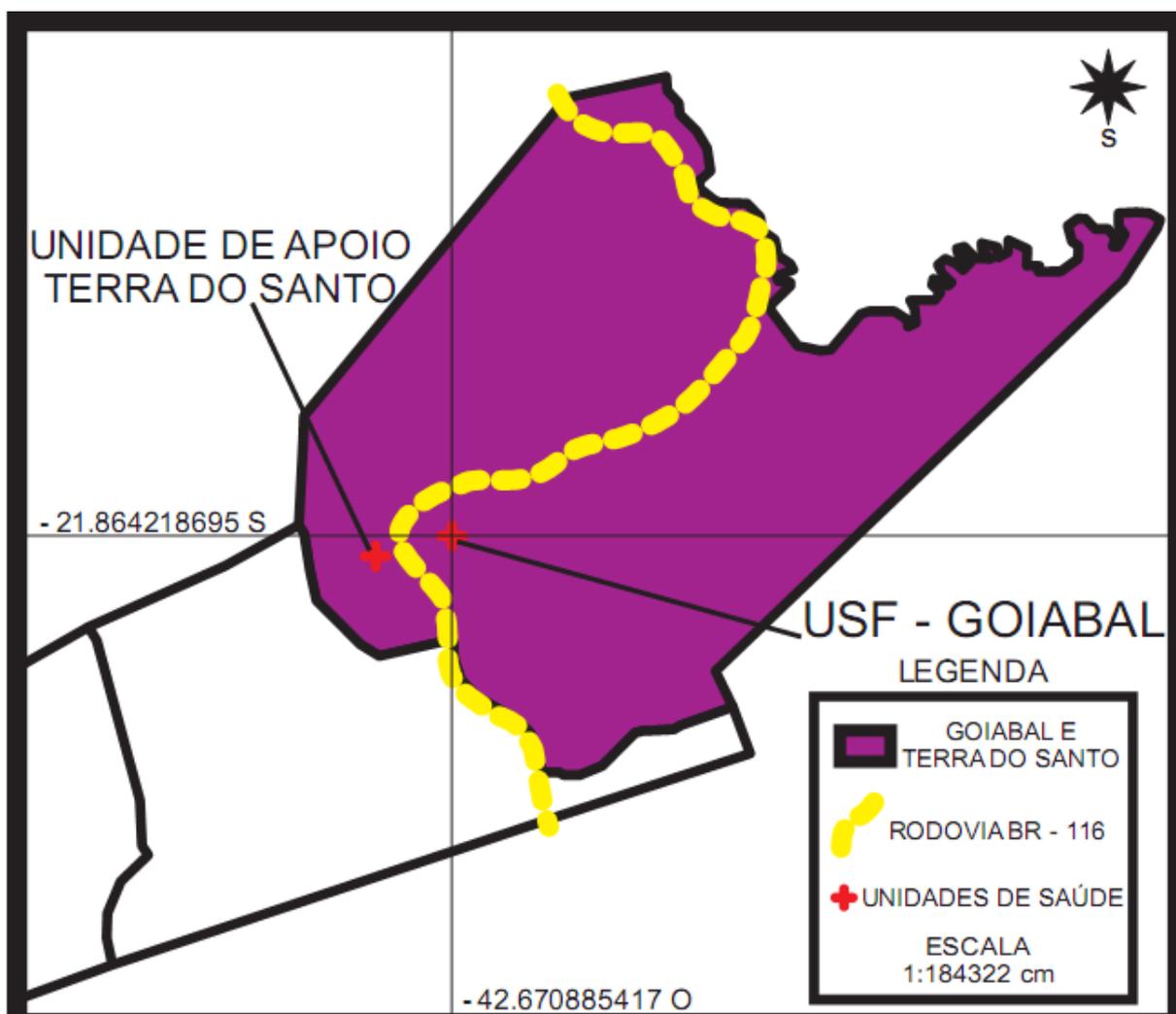
A atual sede da USF I foi inaugurada em outubro de 1999, sendo denominada Dr. Antônio Marinho Cortês e apresenta uma área de abrangência composta pelos bairros Goiabal, Terra do Santo e Morro do Cipó.

Atualmente a área de abrangência apresenta aproximadamente 1.068 famílias cadastradas, totalizando 3.905 usuários, que são assistidos por uma equipe constituída por

uma enfermeira (coordenadora da equipe), um médico, dois auxiliares de enfermagem, um cirurgião-dentista, um auxiliar de consultório dentário e seis agentes comunitários de saúde.

Para o atendimento da área de abrangência há uma sede situada no bairro Goiabal que consiste no “ponto central” e outra sede localizada no bairro Terra do Santo conforme figura 2.

**Figura 2** – Setor de abrangência da USF I – Além Paraíba - MG



Fonte: ONG CASA / WWW.casa.bio.br

A sede localizada no bairro Terra do Santo foi criada em junho de 2000 sendo considerada um “ponto de apoio” segundo relato dos profissionais. O médico e a enfermeira realizam atendimentos nas duas sedes através de escala de horários. Há quatro ACS na sede do Goiabal e dois ACS na sede da Terra do Santo.

A criação do “ponto de apoio” da Terra do Santo foi fruto de uma mobilização realizada pela população residente neste bairro. A mobilização foi desencadeada pelo fato dos bairros Goiabal e Terra do Santo serem divididos pela BR 116 e, além disso, a Terra do Santo possui terreno muito acidentado constituindo-se em um vale profundo, fatores que dificultam o acesso dos moradores à USF I situada no Goiabal.

Assim, a Associação de Moradores do bairro Terra do Santo apresentou reivindicações junto à Câmara Municipal de Além Paraíba e obtiveram a sede atual. Segundo relato dos profissionais esta sede apresenta estrutura precária que permite apenas o atendimento de algumas demandas como o atendimento ambulatorial, sendo os usuários encaminhados à USF I para demais procedimentos.

Os entrevistados ponderaram que a equipe já enviou propostas para o executivo sugerindo a construção de uma única Unidade em terreno público municipal disponível próximo à BR 116, que proporcionaria acesso facilitado aos três bairros da área de abrangência e contribuiria para um melhor desempenho da equipe, porém, não obteve retorno. Há, entre os entrevistados, o entendimento de que a necessidade do deslocamento da equipe entre as duas unidades prejudica o trabalho.

Na verdade deveria ter uma Unidade apenas, de fácil acesso, esse deslocamento da equipe não é bom, eu tenho que ficar me dividindo (ENTREVISTADO A).

Isso eu acho que atrapalha o nosso trabalho porque a gente acaba dividindo o tempo da gente entre esses dois espaços. Ao invés da gente concentrar as forças, o nosso objetivo todo num só local, ter esta estabilidade de pelo menos ficar numa sede só, a gente tem que se dividir na semana, ou até mesmo no próprio dia entre essas duas unidades. Então isso eu acho que desvirtualiza um pouco a ideia do Saúde da Família (ENTREVISTADO C).

A falta de providências do governo frente a esta questão tende a estar relacionada a motivos políticos de interesses “eleitóreiros” como indicado no relato:

A gente acha que é populismo, é eleitoreira esta questão. (...) Eles não tiram o PSF porque vai ter uma grita geral, o povo vai protestar, porque as pessoas atendidas, por mais que alguns se queixem, e tal, elas gostam do atendimento, é um dos direitos delas que elas tem plenamente atendido aqui (ENTREVISTADO C).

Em novembro de 2004 a equipe recebeu uma odontóloga e uma auxiliar de consultório dentário, entretanto, o atendimento odontológico é realizado na Unidade de Saúde do bairro São José, em virtude da falta de adaptação da USF I. A odontóloga participa apenas das reuniões de equipe na USF I.

Foi observado que há falta de uma recepcionista na unidade, o que traz transtorno para a equipe. Para suprir a falta deste profissional é realizado um revezamento entre os ACS's que permanecem na unidade em uma parte de sua jornada. A auxiliar de enfermagem também faz atendimento de recepção dos usuários, entretanto, na maioria das vezes está impossibilitada de permanecer na recepção devido o atendimento aos procedimentos de enfermagem.

A instalação física da sede do bairro Goiabal é constituída por um prédio de dois andares. No primeiro andar há recepção, dois sanitários (usuários e funcionários), sala de curativo, sala de vacina e aferição de pressão arterial, sala de atendimento utilizada pelo médico e enfermeira, sala para acomodação de medicação que também é utilizada para vídeo e uma copa. No segundo andar há salão para realização de trabalhos educativos e palestras. Vale destacar que não há disponibilização de computadores e internet para os profissionais.

A instalação física da sede do bairro Terra do Santo é composta por uma sala de recepção, arquivo e dispensário de medicamentos; uma sala utilizada para realização de curativos; um consultório; e dois sanitários.

A precariedade de estrutura física de ambas as unidades é apontada pelos profissionais como fator negativo para o desempenho do trabalho, gerando insatisfação da equipe.

A gente teve uma dificuldade recentemente que foi a precariedade da estrutura da unidade lá da Terra do Santo, quando chovia ela alagava. Ela já foi inspecionada pela gerência regional, foi proibido fazer curativo, preventivo. Então lá é só pra atendimento ambulatorial, nem nebulização pode ser feita. Esses procedimentos os moradores tem que fazer aqui no Goiabal. A gente paralisou o atendimento para fazer alguma exigência e falamos: Vamos atender lá na sede do Goiabal! Aí eles fizeram uma reformazinha, arrumaram o teto, pelo menos ficou uma coisa um pouco mais digna pra trabalhar. Mas ao invés de gastar dinheiro com uma unidade dentro dos moldes, dentro dos parâmetros, foi feito um remendo. (...) eu acho que a gente deveria ter uma estrutura melhor até aqui na própria unidade [USF I], a gente poder ter uma sala, por exemplo, de reuniões, então essas coisas faltam pra gente implementar melhor o programa, a estratégia. (...) O secretário de saúde já prometeu montar uma sala de odontologia aqui inclusive usando a sala de TV/farmácia, e aí faltaria espaço. A gente precisava mesmo de uma nova unidade (ENTREVISTADO C).

A equipe desenvolve trabalhos de educação em saúde como grupo de gestantes em que é abordado o cuidado ao pré-natal, parto e puerpério numa sequência de três encontros semanais; sala de espera para o exame preventivo; grupo de hipertensos e diabéticos que é realizado através de sala de espera com posterior atendimento médico individual; grupo com adolescentes que consiste em parceria da USF com uma ONG chamada CRESCER que desenvolve trabalho de orientação e prevenção relativa à HIV; dentre outros. Vale destacar que não há participação dos ACS nestas atividades, sendo direcionadas pelo médico e enfermeira.

#### b) Conhecendo os Parceiros do Estudo

A primeira “questão” que marcou o encontro com os sujeitos que contribuíram com a construção do estudo foi conhecê-los melhor para verificar de que “lugar” eles falavam. Considero que esta aproximação com os entrevistados permite um melhor entendimento de suas práticas profissionais que são marcadas por experiências vivenciadas.

Mediante o exposto busquei levantar informações referentes à formação profissional, pós-graduação, carga horária, vínculo empregatício, tempo de atuação na ESF e especificamente na USF I e ainda, a participação e avaliação de capacitação em ESF.

Como mencionado foram entrevistados cinco profissionais quais sejam: enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e dois ACS's. Deste total verifiquei que três possuem curso superior e dentre estes todos possuem pós-graduação. Os demais profissionais possuem nível médio.

Todos os profissionais possuem carga horária de quarenta horas semanais, com exceção do auxiliar de enfermagem que tem carga horária de trinta horas semanais. Quanto ao vínculo empregatício, os ACS realizaram no início do corrente ano seleção pública; o auxiliar de enfermagem possui vínculo empregatício efetivo, porém está em desvio de função; e os profissionais de cargos que exigem nível superior possuem contrato de prestação de serviços.

Desde a implantação da equipe da USF I houve várias alterações em sua composição, fato evidenciado em virtude da não realização de concurso público o que garantiria maior estabilidade aos profissionais e continuidade do trabalho.

Este panorama traduz a persistência de práticas ligadas ao clientelismo, patrimonialismo e empreguismo baseadas em indicação política que não favorecem o fortalecimento da classe trabalhadora em busca de maior autonomia e melhores condições de trabalho. Junqueira et al (2010: 925) salienta que “essa incorporação de trabalho alienada impede também a formação de uma classe trabalhadora autônoma e possuidora de identidade coletiva, na medida em que reforça a sua fragmentação pela distribuição desigual de privilégios”.

Quanto ao tempo de atuação na Saúde da Família identifiquei que os profissionais de nível superior já trabalham na área há mais de dez anos, fato que favorece o trabalho devido a experiência adquirida.

Especificando o tempo de atuação destes profissionais na USF I verifiquei que já estão atuando em média há sete anos consecutivos. Apesar de não terem vínculo efetivo, este tempo de trabalho na Unidade de Saúde contribui para o estabelecimento de confiança em relação à população atendida. Esta observação corrobora a defesa de Junqueira et al (2010) que ressalta a importância do tempo de permanência do profissional na unidade para fortalecimento do vínculo e conhecimento da população resultando em qualificação do trabalho.

Dentre os demais profissionais há um menor tempo de experiência na Saúde da Família o qual coincide com o tempo de atuação na USF I que consiste em menos de seis meses, exceto em um caso em que o profissional informa já estar há cinco anos na área.

A maioria dos entrevistados valorizou a participação nos cursos de atualização, capacitação e educação permanente, os quais ocorrem de forma constante. Os profissionais consideram que estes cursos proporcionam maior qualidade do trabalho, crescimento profissional e maior segurança na atuação como descrito abaixo:

Sempre estamos passando por capacitação. Isso proporciona o nosso crescimento na qualidade de atendimento ao público. O curso Gestão da Clínica é de crescimento profissional até porque nós como ACS sentimos mais segurança porque sempre surgem muitas perguntas, muitas dúvidas, a gente tá todo dia sendo capacitada através dos programas, das orientações que são passadas pelo médico, pela enfermeira que são diárias. Então estamos todo dia passando por esta atualização/capacitação (ENTREVISTADO D).

Está em andamento o curso Gestão da Clínica na Atenção à Saúde oferecido pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – ESP MG. O curso é ministrado através de aulas virtuais para os profissionais de nível superior e em aulas semanais transmitidas por vídeos via satélite aos demais membros da equipe. Os ACS's assistem às aulas e são realizados debates e discussões com os membros da equipe. Vale ressaltar que o auxiliar de enfermagem não participa do curso devido o fato de sua carga horária ser reduzida.

Este curso é valorizado pelos profissionais como é enfatizado no seguinte relato:

Este último curso achei um passo muito importante para a saúde de MG, e a gente sempre tem cursos de especialização, de hanseníase, tuberculose, sempre que acontece alguma coisa nova. Com a vinda da SF a educação continuada ficou melhor. Aqui em Além Paraíba temos 04 equipes, normalmente vão 04 profissionais se há vagas, um vai e multiplica para os outros (ENTREVISTADO A).

Apesar de serem oferecidos cursos frequentemente para a equipe, há críticas com relação à falta de planejamento do calendário dos cursos pelos gestores, fato que dificulta a programação dos profissionais de forma a garantir a participação.

Olha eu gostei muito de um curso sobre hanseníase, teve de atualização do tratamento da tuberculose que foi excelente que foi rápido e super esclarecedor. Gostei muito da especialização que eu fiz no NATES, da equipe, da abordagem deles. Agora teve um curso recente que eu perdi de cardiologia porque muitos cursos a gente é convidado em cima da hora, então não dá para programar. Além das minhas atividades aqui, eu tenho atividades privadas também, então tem que ter agendamento. A gente foi convidado pra esse curso numa terça-feira e ele ia ser realizada na quinta-feira, eu recebi a ficha de inscrição na quinta-feira, então não dava (ENTREVISTADO C).

### c) Reconhecendo as Necessidades de Saúde

Durante todo o processo das entrevistas, as “conversas”, orientadas pelo roteiro, foram descortinando práticas, ações, posicionamentos, organização do processo de trabalho na USF I, que traduziram alguns elementos capazes de fomentar a reflexão em torno das necessidades de saúde.

Ao relatarem como realizavam o primeiro atendimento percebi algumas práticas ou posturas assumidas pelos profissionais que podem contribuir para o reconhecimento das necessidades de saúde.

Identifiquei, assim, o estabelecimento de diálogo nos atendimentos individuais como uma estratégia para percepção da necessidade trazida pelo usuário. É notável a existência de preocupação dos profissionais nos atendimentos individuais em entender a realidade vivenciada pelos usuários a qual é relacionada com as queixas dos usuários.

Mattos (2009) tece considerações sobre a perspectiva dialógica enfatizando sua importância para superação da centralidade do saber técnico, sendo imprescindível ouvir a opinião dos usuários e conhecer a realidade em que vivem para identificação/percepção de suas necessidades de saúde.

O entendimento da realidade vivenciada pelos usuários nos remete à identificação das condições de vida que estão correlacionadas ao processo de reprodução social conforme esclarece Castellanos (1992). A identificação das condições de vida é fundamental para a percepção das necessidades de saúde dos usuários.

... eu vou buscar a queixa principal e procuro avaliar ele como um todo, não só o que ele traz, porque muitas vezes a queixa está escondendo uma coisa muito maior. Às vezes é uma queixa pequena, mas quando você vai ver ele inserido na realidade dele na família, no trabalho, acaba identificando outros problemas (ENTREVISTADO A).

O primeiro atendimento é conhecer, saber o nome, os familiares, a gente faz uma anamnese da história da patologia atual. A gente vê a história familiar, a história individual, a história patológica pregressa, a gente faz o exame físico completo da pessoa da cabeça aos pés. A partir do segundo atendimento em que a gente conhece melhor a pessoa a gente pula algumas etapas pelo menos da história da pessoa. (...) Ao ver a história social a gente procura o trabalho, o lazer, como é a vivência familiar dela, se existe alguma dificuldade financeira ou como é o tipo de habitação dessa pessoa. Isso a

gente acaba conhecendo mesmo por causa das visitas domiciliares também né? A gente foca as visitas para as pessoas que estão acamadas mas a gente também observa o tipo de moradia que as outras pessoas tem. A gente procura observar bastante (ENTREVISTADO C).

Ao tecerem suas ponderações sobre os atendimentos individuais os entrevistados esclareceram que muitos são realizados a partir de roteiros e que estes, muitas vezes, “engessam” o diálogo estabelecido com os usuários durante os atendimentos. Estes roteiros são baseados nas “linhas-guias” editadas pela Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, as quais foram elaboradas a partir de metas a serem atingidas relegando a segundo plano ou mesmo desconhecendo as necessidades de saúde dos usuários. A discussão que se segue revela este quadro.

A gente tem as linhas guias. Nesta especialização que a gente ta fazendo a gente estudou todas, agora estamos na reta final. Por exemplo, eu atendo a saúde da mulher, parto, pré-natal e puerpério seguindo as linhas guias. Para as consultas sub-sequentes, quando é encontrado algum problema, por exemplo, gestante diabética qual o fluxograma a seguir, hipertensa ... cada área da saúde, saúde da criança e adolescente, gestante, o adulto (hanseníase, hipertensão e diabetes, HIV, DST, manual de organização do prontuário de saúde da família, tuberculose, saúde mental e saúde do idoso). Esses documentos são recentes de 2003, 2007, é tudo muito recente, muito novo, tanto é que agora que os profissionais de saúde estão sendo capacitados. Agora neste último curso estudamos cada linha guia (ENTREVISTADO A).

A padronização que as linhas guias dão pra gente elas ajudam demais a gente a focar a forma de atendimento, até mesmo a atualizar alguns aspectos que a gente não está muito habituado. Se eu tenho um tipo de caso que eu não tenho convivência com ele, a primeira coisa a que eu faço ou o primeiro lugar que eu procuro são as linhas guias, depois eu vou para os livros e tudo mais (ENTREVISTADO C).

As linhas-guias são protocolos de atendimento que contém as diretrizes para a realização da atenção programada. Estas linhas-guias organizam o atendimento de acordo com os ciclos de vida (Saúde da Criança, do Adolescente, da Gestante, do Adulto e do Idoso) e com as patologias (Hipertensão, Diabetes, Tuberculose, Hanseníase, Transtornos Mentais, DST/Aids e Saúde Bucal).

Ao direcionarem seus atendimentos de forma focalizada pelas linhas-guias, os profissionais restringem a atenção ao aspecto curativo centrado em patologias e ao

atendimento de metas pré-estabelecidas a nível central, sendo dificultado o levantamento de dados importantes sobre as necessidades de presença do Estado, de reprodução social e de participação política conforme categorização elaborada por Campos (2004).

Nas linhas-guias a gente tem um pouco da patologia e tem o direcionamento do que é do médico, o que é do enfermeiro, o que é do outro profissional. Aqui tem inclusive a parte do dentista, então é um material muito completo, muito bom. E tem ainda pra gente metas que a gente deveria atingir. Além de normatizar e organizar nosso atendimento, ele coloca pra nós metas que a gente deveria atingir, como por exemplo, a identificação de todas as minhas gestantes, eu vou ver se estou tendo o número de consultas ideais, quantas estão iniciando no primeiro semestre, quantas tem abaixo de 20 anos, e aí eu vou ter os indicadores. Com esses indicadores eu vou ver se estou atingindo meus resultados. Ver se está tudo direitinho, eu tenho que diminuir o número de natimorto por exemplo, de morte perinatal, evidência de doenças como sífilis, HIV, e isto a gente vai estar identificando dentro deste roteiro que temos dentro da linha-guia. E até para o médico que não é um especialista em saúde da família tem um bom roteiro, isto aqui norteia o nosso trabalho (ENTREVISTADO A).

Neste processo, as necessidades de saúde são institucionalmente determinadas conforme critérios de racionalização e atendimento de metas. Campos e Bataiero (2007) analisam o estabelecimento destes critérios biológicos e corporais alertando para a desconsideração e amortecimento dos critérios políticos de agrupamento (classe, orientação política), o que favorece interesses de grupos detentores de poder econômico.

Campos e Bataiero (2007) acrescentam que os critérios biológicos e corporais promovem uma abordagem dos grupos populacionais como se estes fossem homogêneos, sendo estes descontextualizados de suas condições e trajetórias de vida, fato que empobrece o potencial das ações de melhoria e alteração efetiva nos processos saúde doença.

No caminho de identificar possíveis estratégias utilizadas pelos profissionais destaco a escuta pelos profissionais das demandas dos usuários quando estes recorrem à unidade. Segundo os entrevistados, esta escuta é realizada em todos os casos, independente do encerramento do agendamento de consultas. Após este momento, durante o tempo em que os usuários aguardam os atendimentos agendados, a equipe realiza uma sala de espera fornecendo informações e esclarecendo dúvidas. Esta postura da equipe traduz comprometimento com a população assistida.

Quando abre o posto tem uma certa quantidade de vagas a pessoa vem e marca por ordem de chegada, e se tiver alguém precisando de atendimento a gente passa na frente. Se chegar alguém passando mal e tiver excedido as vagas a gente encaixa no atendimento. A gente conversa, se tiver dúvida a gente vai até a auxiliar ou ao médico, se vai mandar para o hospital ou vai atender aqui (ENTREVISTADO B).

A gente tem as vagas para a demanda diária e a gente tem também os agendamentos. Então a pessoa ao chegar é perguntado nome, a qual família pertence, qual a solicitação (médico, odontológico, especialista) e vê se é possível atender aquela demanda naquele momento. A partir daí a pessoa vai aguardar na sala de espera, as ACS e enfermeira fazem alguns comentários para esclarecer dúvidas em geral, tem gente que só de tirar as dúvidas sentem-se satisfeitas, e em seguida é feito o atendimento. (...) O agendamento é feito por ordem de chegada, mas a gente sempre atende os casos além das vagas, até porque muitas vezes o atendimento é só uma conversa mesmo, idosos e crianças a gente dá prioridade. A gente tem que usar uma estratégia de limitação de número de vagas pra não passar o dia atendendo, senão a demanda não para. Então a gente coloca 15 vagas para atender 20, porque se você ficar dependente da demanda a qualidade do atendimento cai. E pela falta de cultura, de lazer dessas pessoas elas adoecem mais, pela falta de informação e outro tipo de vida mesmo, de modo de vida (ENTREVISTADO C).

O fato de a equipe atuar segundo a ESF na unidade também contribui para um melhor conhecimento do grupo familiar promovendo um melhor entendimento do profissional sobre a condição de vida do usuário que influencia diretamente seu processo saúde-doença. Desta forma, considero a existência de outra estratégia que consiste no estabelecimento de correlação pelos profissionais entre a situação apresentada pelo usuário e sua dinâmica familiar, como é visível no seguinte relato:

E pra nós aqui muitas vezes pode ser a primeira vez que eles vem aqui mas a gente já conhece. Pode ser a primeira consulta individual, mas tem esse diferencial que a gente conhece o pai, a mãe, o filho, então, a família (ENTREVISTADO A).

A visita domiciliar foi outra estratégia observada. Como sua realização é freqüente no âmbito da ESF ela pode se constituir numa prática que estreita laços, aproxima o profissional com a realidade vivenciada pelos usuários.

Ressalto que a mera realização da visita domiciliar não significa que esta acarretará contribuições para a identificação de necessidades, é preciso que o profissional esteja atento e preparado para realizar uma abordagem que realmente colha elementos relevantes. Deve-se ter

o cuidado com a preservação da privacidade dos usuários sendo estabelecida uma relação de respeito com estes.

Um dos entrevistados apontou que é necessário ter cautela nas abordagens dos usuários durante as visitas domiciliares sendo necessário conquistar a confiança destes. O ACS, em particular, que possui convivência diária com os moradores da área de abrangência tem este papel de representar um elo entre os profissionais e os usuários, fato que é explicitado no seguinte relato.

Cada lugar é um lugar, o trabalho na periferia é diferenciado, você não pode chegar fazendo muitas perguntas, né? Você tem que esperar as pessoas se familiarizarem mais com você, a partir do momento que eles vão vendo nosso trabalho, um vizinho passa para o outro. Graças a Deus eu tenho 100% de acesso às casas. Eu não tinha essa dimensão quando eu entrei, às vezes a gente passa tanta confiança que a gente passa a ter acesso à informação que nem o médico e a enfermeira tem. Nós é que temos que passar pra eles, nós somos a ponte entre eles e a equipe. E é muito importante essa confiança e a ética também do profissional. Às vezes muitas coisas que as pessoas passam pra mim eu pergunto se posso passar para o médico, se ela me permite passar para a enfermeira. Quando pode, pode, quando não, não. E com isso você vai ganhando confiança da comunidade. Até de você tá entrando nas casas a gente percebe algumas questões, às vezes numa próxima visita já abordamos determinado assunto. Ganhando primeiro a confiança para depois fazer algumas abordagens, me colocar à disposição pra poder ajudar em alguma área (ENTREVISTADO D).

A realização de reuniões de equipe também pode ser identificada como estratégia de reconhecimento das necessidades de saúde que vem sendo utilizada pela equipe. Conforme relato dos entrevistados a equipe realiza reuniões semanais para discussão de casos e, quando necessário, viabilizam espaços, fora das reuniões programadas, para discutir questões mais urgentes que emergem no cotidiano do trabalho. Estes espaços são fundamentais para a busca de melhor atendimento aos usuários, planejamento do trabalho e propicia trocas entre os profissionais através da interdisciplinaridade.

... a gente tem as reuniões de equipe em que a gente coloca para os ACS's o que não está bom, o que tem que melhorar, de acordo com os dados que a gente obtém (ENTREVISTADO A).

As reuniões de equipe são muito importantes porque ali são sanadas muitas dúvidas, né? Colocados casos que acontecem na nossa comunidade nas

visitas, é uma forma da gente melhorar a abordagem da família porque sempre vai haver dúvidas (ENTREVISTADO D).

A gente passa os casos para a equipe em que temos dúvida e não tem dia específico pra isso. Durante o mês se precisar recorrer à enfermeira a gente já resolve, não precisa esperar o dia da reunião pra resolver (ENTREVISTADO B).

Vale ressaltar que não há participação do auxiliar de enfermagem nas reuniões devido sua carga horária semanal ser inferior a dos demais profissionais, fato que promove sua desarticulação com a equipe e desconhecimento de assuntos que seriam importantes para seu aprimoramento profissional que refletiria na qualidade do atendimento prestado.

A análise dos dados disponibilizados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) também pode ser considerada enquanto uma estratégia para levantamento de necessidades de saúde, sendo este instrumento de registro e computação de dados valorizado pelos profissionais.

Tem o dia certo pra gente fechar o SIAB e aborda tudo, conta as visitas que fez, se precisa mais, se a gente atingiu a meta de visitas. O SIAB ajuda porque a gente consegue contar quantas internações, quantos óbitos, quantas crianças nasceram, se foi hospitalizado e por qual causa, essas coisas. A gente conta, passa para o papel e desce para a secretaria da saúde (ENTREVISTADO B).

Olha, eu uso muito pra ver se a gente tá conseguindo aumentar a quantidade de diagnóstico, diminuir a quantidade de sequelas de hipertensão arterial ou de diabetes. Direcionar a atenção para um local da área de abrangência, por exemplo aqui a gente tem algumas residências que são como uma favelinha na região, em que falta saneamento, ajuda bastante (ENTREVISTADO C).

O SIAB é uma base que nós temos no nosso trabalho se está sendo bem realizado ou não. Vemos a cobertura vacinal, temos o cartão espelho das crianças, dá pra você ter uma proporção quase que exata mesmo. Dentro da medida do possível o SIAB é utilizado porque temos a condição de saber a quantidade de hipertensos, de diabéticos, do número de consultas que teremos que agendar devido ao crescimento de hipertensos e diabéticos, ver o que está acontecendo, se estão usando a medicação de forma correta, dá uma base interessante (ENTREVISTADO D).

Apesar da importância atribuída a este instrumento observo que a equipe não realiza um estudo mais aprofundado sobre os dados. A equipe fica muito direcionada aos dados

epidemiológicos contidos no SIAB visando desenvolvimento de ações curativas, não destacando os dados sócio-econômicos que poderiam subsidiar o planejamento das ações da equipe com base nas necessidades de saúde ampliadas, identificadas, como nos indica Campos e Bataiero (2007), com os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

Além de não haver uma análise aprofundada dos dados coletados mensalmente, os dados enviados para a secretaria de saúde para serem compilados raramente retornam para a equipe, apenas quando há interesse da secretaria. Soma-se a isto a ausência de computador na unidade que dificulta o acesso da equipe aos dados que deveriam retornar periodicamente da secretaria de saúde informatizados.

O SIAB é um instrumento muito bom porque ele mostra pra gente os nossos indicadores, onde tem que melhorar, onde tá indo bem, o que está falho. Como aqui é diretamente na secretaria, a gente não tem computador, os dados são centralizados na secretaria de saúde, a gente não tem muito acesso a isso. Às vezes a gente pede para ver como estão os indicadores mas esse processo aí é meio demorado. Se a equipe não solicitar a gente não tem acesso. Fica um pouco difícil. A gente teve o plano diretor da atenção primária à saúde, então a gente precisou muito desses dados, aí a gente teve. Nesses primeiros meses agora de 2010 a gente tá sem dados. No momento do fechamento do SIAB a gente vê um pouco os dados, mas precisávamos ter estes relatórios enviados pelo menos para a cada 06 meses para termos um total. As metas pactuadas devem ser atingidas no período de um ano, então fica mais fácil pra gente visualizar. Mas a gente não deixa de fazer a nossa análise aqui não (ENTREVISTADO A).

Não obstante a identificação das estratégias elencadas acima que possuem potencial de reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários, os dados evidenciaram debilidades no tocante ao atendimento destas necessidades pela USF I.

Ao se depararem com as necessidades de reprodução social e de presença do Estado - categorias elaboradas por Campos (2004) - que requerem uma intervenção baseada em ações intersetoriais, os profissionais encontram dificuldade para desenvolver uma articulação entre os setores que garanta o atendimento das necessidades da população.

Assim, quando detectam situações mais complexas que extrapolam os procedimentos pré-estabelecidos da unidade, os profissionais procuram encaminhar o caso para outros setores sem obterem muito sucesso como visualizado na seguinte fala:

Quando nós não podemos atender aqui, que a gente vê que é uma demanda que não é pra nós a gente encaminha. Temos as especialidades, quando são coisas que extrapolam por exemplo, a gente precisa de um intercâmbio como com a secretaria de educação, secretaria de obras ... Como, às vezes está tendo uma diarreia localizada em determinada micro-área, extrapolou a gente porque, por exemplo á um esgoto a céu aberto, a gente vai orientar, vai falar, mas a gente precisa da secretaria de obras. Então esta ligação extra muros a gente faz também. A gente solicita da nossa coordenadora, passa pra ela o problema, ou até, às vezes, diretamente para esta outra secretaria. (...) A relação com os outros setores não é ruim não, eles nos atendem bem na parte humana, mas às vezes na execução é que fica falho, às vezes eles não tem como fazer, então ... é ..., nem sempre a gente consegue dentro do que a gente estava precisando, às vezes demora, às vezes é uma coisa que precisa de verba (ENTREVISTADO A).

Há dificuldade de articulação mesmo dentro do setor saúde com relação ao precário funcionamento do sistema de referência e contra-referência. Os entrevistados informam que referência é realizada pelos membros da equipe, entretanto, a contra-referência é muito falha. Na maioria dos casos os usuários retornam à unidade sem contra-referência e possuem dificuldade para prestarem as informações.

Funciona mal porque falta esclarecimento das referências em relação à importância desse instrumento, tá, porque a maioria dos colegas que são referência eles não preenchem as questões do formulário. A gente tem que procurar saber o que aconteceu através do paciente, muitas vezes o paciente não retorna, o paciente não se importa muito, mesmo a gente agendando e tudo mais. Eu acho que falta é esclarecimento do profissional da atenção secundária, eles não dão importância. Agora eu acho também que eles tem medo de passar o que é o pulo do gato, passar experiências, e não precisa disso. Cada um tem seu papel e eu não vou querer copiar a conduta de um colega, mas eu acho que existe esse medinho. Inclusive com alguns colegas eu nem uso o formulário de referência e contra referência. Agora tem outros que são super generosos, além de enviar a contra-referência ainda telefonam. Então tem dois tipos de comportamento. Isso contribui para dinamizar o atendimento da pessoa os pacientes migram muito de médico pra médico, procuram muito especialista e a referência e contra referência dá muita segurança, a pessoa amparada por dois profissionais (ENTREVISTADO C).

Acontece como uma queimadura que aconteceu no domingo, a pessoa foi no pronto atendimento e vem no posto para atendimento. A pessoa não traz nenhum encaminhamento, é por boca (ENTREVISTADO E).

Esta debilidade do sistema de contra-referência demonstra a desarticulação entre os níveis de atenção à saúde com a predominância de um sistema hierarquizado, ao invés de possuir uma dinâmica integrada em forma de rede cujo centro seria constituído pela Atenção

Primária conforme Mendes (2002). São poucos os profissionais da atenção secundária e terciária que avançam na perspectiva de estabelecer interlocução com os colegas da atenção primária, postura que poderia dar maior segurança e qualidade à continuidade do tratamento.

Apesar das fragilidades da articulação intersetorial que repercute no atendimento das necessidades de saúde, os entrevistados revelaram a existência de algumas experiências que indicam uma relação com outros setores. Há destaque para a articulação com o setor da educação em que são desenvolvidas ações com as escolas públicas existentes no bairro sendo realizados trabalhos educativos pelos profissionais de saúde com os alunos e pais, periodicamente, como retratado nas falas a seguir:

Com as escolas aqui do bairro a gente faz essa ligação direta, e a parte de obras para solicitar concertos, essas coisas, a gente passa pela coordenadora. Agora, já houve vezes com outras secretarias da gente acabar fazendo contato direto, porque o caso às vezes não solucionou, a gente tenta uma forma de pressionar, de ir mais rápido. A gente já pediu mas vamos pedir de novo, quem sabe isso colabora pra que a gente tenha êxito. Agora para as escolas, a gente tem uma ligação muito direta, a gente já desenvolve trabalho nas escolas. O médico trabalha com os pais e eu trabalho com os alunos a gente aborda DST's, por exemplo. Tem um grupo com adolescente em parceria com a ONG VIVER de Além Paraíba que trabalha com DST/Aids (ENTREVISTADO A).

A escola, a educação a gente tá sempre utilizando o espaço deles pra fazer palestras. Eles também mandam pra cá as crianças sem agendamento se tiver doente, quando tem algum tipo de surto na escola como o piolho a gente também atua. E a secretaria de educação disponibiliza pra gente fazer palestras dentro da própria secretaria, o treinamento dos ACS está sendo feito dentro do auditório deles (ENTREVISTADO C).

Além da parceria com a educação, há articulação da equipe de saúde com a Associação de Bairros; troca de experiências com os profissionais do CRAS; a equipe recorre ao Conselho Tutelar com frequência; há colaboração com a ONG VIVER que presta atendimento aos portadores de HIV; parceria com a rádio para divulgação de ações e ainda; foi citado o Centro Comunitário das Freiras – Padre Francisco Butinhá que desenvolve cursos de artesanato para moradores do bairro.

Com exceção da articulação com o setor da educação, as demais interações intersetoriais são realizadas de forma pontual a partir de situações emergenciais, não sendo planejadas ações que influenciem de forma mais contundente a melhoria das condições de vida dos usuários. Giovanella (2009) nos alerta que a ação intersetorial não limita-se ao

momento de execução das políticas, mas envolve também o momento do planejamento e monitoramento das intervenções.

Reafirmo a necessidade de maior investimento em ações intersetoriais que detém um papel fundamental para que haja sucesso do atendimento das necessidades de saúde dos grupos populacionais. Seria ilusão supor que o setor saúde de forma isolada teria instrumentos para atender as necessidades de saúde ampliadas, determinadas pelos perfis de reprodução social e de trabalho da população, os quais envolvem disputas e interesses contraditórios.

Outro elemento que surgiu nos depoimentos dos entrevistados que impacta negativamente a intervenção profissional sobre os determinantes sociais da saúde foi o temor dos profissionais pela violência presente em áreas periféricas como os bairros atendidos pela USF I.

No relato a seguir o profissional consegue, através do diálogo, detectar a origem de um problema, entretanto, por temer a violência vê-se impossibilitado de intervir na situação tendendo a individualizar a questão e culpabilizar o usuário. Desta forma, o profissional limita-se ao atendimento do aspecto patológico já previsto em protocolos, desconsiderando a necessidade de atuação na “raiz do problema” ligada à determinação social da saúde.

Eu só pergunto as questões direcionadas para o procedimento, Quando é um curativo a gente tem que saber o que aconteceu. Se foi final de semana a gente pergunta se já procurou algum atendimento ou não. Na vacina eu leio o cartão e dali eu faço as perguntas se já vacinou ou não. Na PA pergunto se é hipertenso, se tem doença cardíaca. Caso não seja hipertenso eu pergunto se tem alguma coisa emocional, é um diálogo, né? Quando é emocional tem gente que vai não é nem para verificar pressão, é mais pra poder desabafar aquilo que não pode falar com a família. Você não pode nem perguntar muito, geralmente é problema de marido ou de filho. Porque no bairro é complicado, né? É muita droga, eu tenho até medo, sabe? Então é mais isso que chega lá, são pais revoltados, agressão, aí a pressão altera lá em cima. Geralmente a gente tá ali é mais pra ouvir. (...) Mas eu falo mais com as ACS que convivem e moram ali, aí elas falam, ah, não tem jeito, é assim mesmo. No problema de filho não tem jeito, porque se você ficar interessando muito pode ser até pior, porque é um problema crônico, não tem como na minha opinião. (...) As pessoas não querem ser ajudadas, elas vem desabafam, te procuram, mas na hora de tomar atitude elas não querem. Então a prevenção a gente tenta mas nem sempre consegue, por mais que a gente queira (ENTREVISTADO E).

No tocante à terceira categoria elencada por Campos (2004) - necessidade de participação política - não foi identificada nenhuma intervenção da equipe no sentido de

influenciar ou contribuir para a mobilização da população, apesar de ser detectada pelos entrevistados uma fragilidade da participação da população. Foi informado pelos profissionais que a Associação de Moradores está desativada por falta de disponibilidade de lideranças em assumir sua direção.

Um dos entrevistados manifestou sua visão sobre a desmobilização da população associando este fato à acomodação da população que é vista como “portadora de privilégios”, ao invés de direitos. Esta postura profissional reflete a ideologia propagada pelos meios de comunicação de massa que individualizam as manifestações da questão social.

Eu acho que a comunidade se acomodou. Eu noto que hoje em dia tem muita facilidade, eu vejo isso. Antes de trabalhar na saúde da família, a gente vê as pessoas mais antigas contando,... Hoje essas pessoas tem o posto de saúde aqui na porta. O PSF é uma mãe, então hoje tudo tem vindo à porta, isso também acomodou. As pessoas hoje resolvem muitas coisas através de rádio, ah, o ônibus quebrou eu vou pra rádio, e parece que quebrou um pouco esse vínculo de saber que tem que ter uma organização no bairro, né? Tem que ter um trabalho mesmo sério, efetivo, pras pessoas também ter onde recorrer. Tínhamos reunião de moradores aqui, mas acho que o que ocorreu foi isso, o acesso muito livre, muito fácil, ao meu ver, talvez eu posso estar equivocada. Mas é que eu percebo nas pessoas. As pessoas são muito acomodadas também, há esses dois lados, nem defender um nem outro, as pessoas não buscam seus direitos de maneira correta como articulação através da associação de moradores. A gente tenta orientar, conversar mas algumas coisas só a longo prazo, né? Que você consegue lançar essas idéias e ter aceitação (ENTREVISTADO D).

Entendo que a desmobilização da população sofre a influência dos valores como o individualismo e o consumismo disseminados pelo atual modo de produção no contexto neoliberal, coadunando com a idéia defendida por Fleury (2009). A classe popular vem perdendo o sentido da busca de interesses coletivos o que mina seu potencial de reivindicação e controle social.

Soma-se a isso o fato sinalizado por Calipo (2002) em que os espaços de controle social constituídos pelos Conselhos e Conferências de Saúde são direcionados por sujeitos técnicos, sendo as decisões aprisionadas por regras institucionais condicionantes de recebimento de verbas. Mediante esta circunstância, os usuários afastam-se das discussões por sentirem-se impotentes e incapacitados para opinar e interferir no processo de tomada de decisão, fato que favorece interesses particulares em detrimento do atendimento das necessidades da população.

Mediante as considerações tecidas, é possível inferir a importância do estabelecimento de ações de planejamento do trabalho que se aproxime das necessidades de saúde da população adscrita e influa sobre as condições de vida desta através da intensificação das ações intersetoriais e do incentivo ao controle social. A adoção desta postura pela equipe poderia promover avanços em direção à superação da centralidade do trabalho no aspecto curativo centrado na doença e nos fatores biológicos que ainda estão sobrepostos aos determinantes sociais da saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As necessidades de saúde são concebidas neste estudo enquanto necessidades de presença do Estado, necessidades de reprodução social e necessidades de participação política conforme categorização elaborada por Campos (2004).

Para responder de forma efetiva às necessidades da população a ESF deve estar pautada no entendimento da saúde enquanto direito social e no enfrentamento dos determinantes sociais que afetam a saúde da população.

Considerando a importância da construção da oferta de serviços de saúde pautada nas necessidades de saúde da população adscrita, o presente estudo foi desenvolvido tendo como objetivo identificar as possíveis estratégias utilizadas pelos profissionais para captar as necessidades de saúde da população.

A metodologia adotada mostrou-se adequada para o atendimento do objetivo proposto. A partir da realização de um estudo de caso – a USF I – foi possível elencar algumas estratégias utilizadas pelos profissionais da unidade que podem propiciar o reconhecimento de necessidades da população e, em contrapartida, o estudo também revelou obstáculos que dificultam a atuação da equipe de forma a atender estas necessidades.

Para o reconhecimento das necessidades saúde foram identificadas as estratégias: estabelecimento de diálogo nos atendimentos individuais; escuta pelos profissionais das demandas dos usuários quando estes recorrem à unidade; correlação pelos profissionais entre a situação apresentada pelo usuário e sua dinâmica familiar; visita domiciliar; realização de reuniões de equipe e análise dos dados contidos no SIAB.

Todas as estratégias de identificação de necessidades de saúde pontuadas neste estudo sinalizam o compromisso e preocupação dos profissionais com o entendimento das condições de vida da população, entretanto, ressaltam alguns elementos que tensionam o reconhecimento das necessidades.

O foco de intervenção da equipe está voltado para o aspecto patológico, conforme as determinações de atendimento de metas estabelecidas à nível central, sendo utilizados roteiros durante os atendimentos individuais baseados em parâmetros biológicos e corporais, o que resulta em uma abordagem dos grupos populacionais como se estes fossem homogêneos, sendo estes descontextualizados de suas condições e trajetórias de vida.

Outro ponto negativo para a identificação das necessidades de saúde é traduzido no restrito aproveitamento do SIAB para o planejamento de novas intervenções, estando sua utilização limitada à verificação de dados de atendimento e epidemiológicos, sendo desconsiderados ou pouco estudados os dados sócio-econômicos da população.

Quanto aos obstáculos para o atendimento das necessidades de saúde foi verificado que os profissionais encontram dificuldade para desenvolver uma articulação entre os setores que garanta o atendimento das necessidades de reprodução social e presença do Estado. Há o predomínio de ações intersetoriais pontuais desencadeadas em situações emergenciais. Inclusive dentro do próprio setor saúde há fragilidade na interação sendo precário o funcionamento do sistema de referência e contra-referência entre os níveis de atenção à saúde.

Também foi visualizada parca ou inexistente atuação da equipe sobre as necessidades de participação política da população, apesar da equipe ter consciência do enfraquecimento da mobilização entre os moradores da área de abrangência da USF I. É percebida uma banalização acerca da falta de participação da população, havendo inclusive uma postura de culpabilização desta por sua condição de vida.

A partir dos resultados obtidos pela pesquisa pode inferir que há necessidade de maior investimento em capacitações da equipe que descortinem a importância da atuação baseada nas necessidades de saúde ampliadas da população. É urgente o despertar para a necessidade do planejamento do trabalho com base em necessidades de saúde atreladas aos determinantes sociais que influenciam a situação de saúde da população. E, em busca do atendimento destas necessidades de saúde há o desafio de fortalecimento da articulação intersetorial capaz de propiciar intervenções nas raízes dos problemas de saúde e do controle social para a garantia da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Luiz Odorico de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora HUCITEC E FIOCRUZ, 2006. p. 781-836.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3ª Ed. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2004.

BEHRING, Elaine Rossetti. Contra-reforma do Estado, seguridade social e o lugar da filantropia. In: **Serviço Social e Sociedade**. Nº 73. São Paulo: Cortez, 2003.p. 101-119.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. **Série Pactos pela Saúde**, v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 7-57.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso / Norma Operacional da Assistência à Saúde-NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar/ Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRAVO, Maria Inês Souza e MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Política de Saúde no Governo Lula. In: BRAVO, Maria Inês Souza [et al.] org. **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde.1ªed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.p. 13-20.

BODSTEIN, Regina. Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. 14 (Supl.1): 1336-1345, 2009.

BUSS, Paulo Marchiori e FILHO, Alberto Pellegrini. A Saúde e seus Determinantes Sociais. In: **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17 (1): 77-93, 2007.

CALIPO, Sylvia Maria. **Saúde, Estado e Ética**. NOB/96 e Lei das Organizações Sociais: a privatização da instituição pública na saúde? 2002. 135f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; BATAIERO, Marcel Oliveira. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. In: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v. 11, n. 23. Botucatu, set./dez. 2007.p.605-618.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)**. 2004. 189 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – São Paulo, 2004.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli. Reconhecimento das necessidades de saúde dos adolescentes. In: Borges ALV, Fujimori E. (organizadoras). **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. São Paulo: Manole; 2009. p.142-167.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. In: **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), 2004. Set/Out; 57 (5): 611-4.

CASTELLANOS, Pedro Luis. Evaluacion de la situacion de salud y sus tendencias em grupos de poblacion. In: **Taller Latinoamericano de Medicina Social**: marzo 16 al 19 de 1991, Venezuela / Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Caracas: Universidad Central de Venezuela, Rectorado: Ministerio de la Familia, 1992. p.57-72.

CASTRO, Ana Luisa Barros de e MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26 (4): 693-705.Abr.2010.

CEBES. **Rediscutindo a Questão da Determinação Social da Saúde** – Termo de Referência para Seminário do CEBES. 2009. [on line]. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/File/Blog/Termo%20%20Determinacao%20Social.pdf> > Acesso em: 13 maio.2010.

CHIZOTTI, Antônio. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2000. 164p.

CORBO, Anamaria D’Andrea, MOROSINI, Márcia Valéria G. C. e PONTES, Ana Lúcia de Moura. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C. e CORBO, Anamaria D’Andrea (Orgs.). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 69-106.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde. Notas teóricas. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (org). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.p. 99-120.

FARAH, Beatriz Francisco. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde:** as repercussões do curso introdutório para equipes de Saúde da Família – experiência do município de Juiz de Fora/MG / Beatriz Francisco Farah. – 2006. 270f.

FAUSTO, M. C; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MORSINI, M. V; CORBO, A (orgs). **Modelos de Atenção e Saúde da Família.** Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p. 43 – 67.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (3): 743-752, 2009.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos, RICAS, Janete e TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (1): 17-27, jan, 2008.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. In: **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 22(6): 1171-1181, jun 2006.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (3): 783-794, 2009.

GÖTTEMS, Leila Bernardo Donato e PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Para Além da Atenção Básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. In: **Saúde Soc.** São Paulo, v. 18, n. 2. p. 189-198, 2009.

GRANDA, Edmundo. Avances conceptuales y metodológicos sobre condiciones de vida y salud. In: **Taller Latinoamericano de Medicina Social:** marzo 16 al 19 de 1991, Venezuela / Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Caracas: Universidad Central de Venezuela, Rectorado: Ministerio de la Familia, 1992. p. 41-55.

HEIMANN, Luiza Steman; MENDONÇA, Maria Helena. A Trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, Nísia Trindade et al. **Saúde e Democracia**-História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

IBGE – SIDRA. [on line]. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br> > Acesso em: 01 set. 2010.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. In: **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 26(5): 918-928, maio 2010.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. In: **Revista Latinoamericana de Salud**, México, 2, 1982, p. 7-25. Trad. E. D. Nunes.

MATTOS, Ruben Araújo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. In: **Interface**. Comunicação/Saúde/Educação, v. 3, supl I, p.771-80, 2009.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – origens e diferenças conceituais. **Revista APS**. V. 12, n. 2, p. 204, abr./jun. 2009. p. 204 a 213.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. **Cadernos CEFOR**, 1- Série textos/SP, 1992/mimeo/

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo de ações de humanização em saúde. In: **Saúde e Sociedade**. v. 13, n.3, p.44-57, set-dez 2004.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro e PIRES, Denise Elvira Pires de. Direito à saúde: um convite à reflexão. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (3): 753-760, mai-jun, 2004.

PAIM, Jairnilson Silva. e FILHO, Naomar de Almeida. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? In: **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol. 32, n. 4, agosto 1998.p. 299-316. Disponível em: <http://www.scielo.org/> Acesso em: 18 agosto.2009.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. In: **Rev. Saúde Pública**, 29 (1): 63-74, 1995.

SILVA JUNIOR, A; ALVES, C. A. Modelos tecnoassistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MORSINI, M. V; CORBO, A (orgs). **Modelos de Atenção e Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p. 27- 41.

SOUSA, Maria Fátima e HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (Supl.1): 1325-1335, 2009.

STOTZ, Eduardo Navarro. **Necessidades de saúde**: mediações de um conceito (contribuições das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de Planejamento em Saúde [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 1991.

\_\_\_\_\_. **Os desafios para o SUS e a educação popular**: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. 2003. Disponível em: <<http://www.redepopsaude.com.br>> Acesso em: 15. ago.2008.

STOTZ, Eduardo Navarro e ARAÚJO, José Wellington Gomes. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. In: **Saúde e Sociedade**. V.13, n.2, p.5-19, maio-ago 2004.

TEIXEIRA, Carmem Fontes e SOLLA, Jorge Pereira. Modelo de Atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia**. História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 451-480.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora HUCITEC E FIOCRUZ, 2006.p. 531-562

UGÁ, Maria Alicia D. e MARQUES, Rosa Maria. O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, Nísia Trindade (org.). **Saúde e Democracia**. História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 193-233.

## **ANEXOS E APÊNDICE**

**ANEXO A**  
**Parecer do Comitê de Ética**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PRO-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 108/2009

**Protocolo CEP-UFJF:** 1738.082.2009 **FR:** 259752 **CAAE:** 1467.0.000.180-09

**Projeto de Pesquisa:** "Necessidades de saúde: eixo estruturante da produção do cuidado na estratégia saúde da família".

**Pesquisador Responsável:** Rubiane de Souza Ribeiro

**Pesquisadora Participante:** Profª Drª Leda Maria Leal de Oliveira

**Instituição:** Prefeitura Municipal de Juiz de Fora – Unidade de Saúde da família do Bairro Progresso

**Sumário/comentários do protocolo:**

- O estudo encontra-se bem justificado, com revisão da literatura atual e pertinente.
- Metodologicamente, os pesquisadores farão um estudo qualitativo, através de roteiros de entrevistas semi-estruturadas direcionadas aos profissionais da unidade e aos usuários da mesma. Tais entrevistas foram apresentadas na documentação do projeto e nenhuma pergunta possui qualquer constrangimento ou abalo ético aos atores entrevistados.
- O objetivo geral do projeto é "Refletir sobre a correspondência entre a produção do cuidado em saúde e as necessidades de saúde dos usuários". Os objetivos específicos são: "1 Refletir sobre a organização do processo de trabalho das equipes de saúde. 2 Analisar o estabelecimento de vínculo entre a equipe e os usuários; 3 Verificar a forma como se dão as relações entre equipe de saúde e usuários; 4 Identificar os serviços prestados pela UBS aos usuários e 5 Identificar as necessidades de saúde dos usuários."
- Toda a documentação relativa aos responsáveis pelos locais onde será realizada a pesquisa está correta.
- O orçamento está apresentado detalhadamente, de acordo com as previsões da pesquisa, e será arcado pela pesquisadora principal.
- O cronograma está descrito em meses, com início da pesquisa em Agosto de 2009, coleta dos dados em Setembro e Outubro de 2009 e término da pesquisa em Março de 2010.
- O TCLE está formatado de acordo com os critérios exigidos na Res. 196/96-CNS.
- A pesquisadora principal é assistente social, mestranda em Serviço Social pela UFJF. A pesquisadora participante é orientadora do projeto, doutora em história pela UNESP.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto. Lembramos que os pesquisadores devem desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou ((Res. CNS 196/96, Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante. O CEP também deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 196/96 Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido e enviar notificação ao CEP junto com o seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e suas justificativas. O relatório final do projeto deverá ser enviado ao CEP ao término do estudo.

**Situação:** Projeto Aprovado.  
Juiz de Fora, 06 de Agosto de 2009

Prof. Dr. Alfredo Chaoubah  
Coordenador em Exercício – CEP/UFJF

RECEBI

DATA: \_\_\_/\_\_\_/2009

ASS:

## ANEXO B

### Adendo ao Parecer do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PRO-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

#### Adendo ao Parecer nº 108/2009

**Protocolo CEP-UFJF:** 1738.082.2009 **FR:** 259752 **CAAE:** 1467.0.000.180-09

**Projeto de Pesquisa:** "Necessidades de saúde: eixo estruturante da produção do cuidado na estratégia saúde da família".

**Pesquisador Responsável:** Rubiane de Souza Ribeiro

**Pesquisadora Participante:** Leda Maria Leal de Oliveira

**Instituição:** Prefeitura Municipal de Juiz de Fora – Unidade de Saúde da família do Bairro Progresso

**Matéria Analisada:** Alteração do local de realização da pesquisa

#### Sumário/comentários:

A pesquisadora solicitou mudança do local de realização da pesquisa para Unidade de Saúde da Família do bairro Goiabal na cidade de Além Paraíba – MG.

Foi apresentada declaração de concordância e infraestrutura, assinada pelo responsável do local.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela **aprovação** da matéria analisada.

Juiz de Fora, 18 de março de 2010

Prof.ª Dr.ª Leda Maria A. Vargas Dr.  
Coordenadora de

Prof. Dr. Alfredo Chaoubah  
Coordenador em Exercício – CEP/UFJF

RECEBI

DATA: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_

ASS: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE

**UFJF / FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**  
**MESTRADO EM QUESTÃO SOCIAL, TERRITÓRIO, POLÍTICAS SOCIAIS E SERVIÇO SOCIAL**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “**NECESSIDADES DE SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: um estudo de caso**”. Neste estudo pretendemos compreender como os profissionais de uma Unidade organizada pela Estratégia Saúde da Família decodificam as necessidades de saúde apresentadas pelos usuários. O motivo que nos leva a estudar esse assunto consiste na defesa da importância do oferecimento de uma política de saúde pautada nas necessidades de saúde da população e no conceito ampliado de saúde a partir de reflexões trazidas pela pesquisa. Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): realização de estudo de caso – Unidade de Saúde do bairro Goiabal/Além Paraíba-MG -a partir de entrevistas semi-estruturadas direcionadas aos profissionais da Unidade de Saúde, com posterior análise de conteúdo qualitativa dos dados a partir de categorias temáticas.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Além Paraíba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL: RUBIANE DE SOUZA RIBEIRO**

ENDEREÇO: SECRETARIA DE PÓS GRADUAÇÃO-FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL CAMPUS  
UNIVERSITÁRIO,S/Nº JUIZ DE FORA – MG CEP.: 36.036-330

FONE: (32) 8855-0045 E-MAIL: rubianeribeiro@gmail.com

**CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF**

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900

FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL: [cep.propesq@ufjf.edu.br](mailto:cep.propesq@ufjf.edu.br)