UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva
Núcleo de Apoio às Atividades de Cultura e Extensão Universitária:
Assistência de Enfermagem em Saúde Coletiva (NACE: AENSC)

Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica

Guia para Pesquisadores

Organizadora

Emiko Yoshikawa Egry

São Paulo
2008

Autoras dos textos

Anna Maria Chiesa. Nacionalidade brasileira.
Célia Maria Sivalli Campos. Nacionalidade brasileira.
Denise Martin. Nacionalidade brasileira.
Dora Mariela Salcedo Barrientos. Nacionalidade peruana.
Emiko Yoshikawa Egry. Nacionalidade japonesa.
Érica Gomes Pereira. Nacionalidade brasileira.
Eunice Nakamura. Nacionalidade brasileira.
Jussara Santos Pereira Machado Silva. Nacionalidade brasileira.
Lislaine Aparecida Fracolli. Nacionalidade brasileira.
Lúcia Yasuko Izumi Nichiata. Nacionalidade brasileira.
Maria Amélia de Campos Oliveira. Nacionalidade brasileira.
Maria Júlia Barbosa de Moraes. Nacionalidade brasileira.
Maria Rita Bertolozzi. Nacionalidade brasileira.
Mônica Cecília de la Torre Ugarte Guanilo. Nacionalidade peruana.
Paula Hino. Nacionalidade brasileira.
Regina Lúcia Herculano Faustino. Nacionalidade brasileira.
Renata Ferreira Takahashi. Nacionalidade brasileira.
Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca. Nacionalidade brasileira.
Sayuri Tanaka Maeda. Nacionalidade brasileira.
Suely Itsuko Ciosak. Nacionalidade brasileira.
Teresa Christine Pereira Morais. Nacionalidade brasileira
Thiago de Castro Menezes. Nacionalidade brasileira.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria.

Produção gráfica e diagramação
Carlos Tuco Egry

Revisão
Ivone Borelli

As necessidades em saúde na perspectiva da Atenção Básica: guia para pesquisadores

Emiko Yoshikawa Egry/ organizadora
São Paulo: Dedone Editora, 2008.
1. Necessidades de Saúde 2. Enfermagem 3. Programa de Saúde da família

ISBN 978-85-99720-14-1

Editora Dedone
Rua Madalena de Madureira nº 297 Limão
Cep 02460-010 São Paulo-SP
Tel: (11) 3854-6601
www.dedone.com.br

Sumário

Capítulo 1 **11**

1.1 Considerações a respeito da saúde coletiva
Emiko Yoshikawa Egry
Maria Amélia de Campos Oliveira
Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca

17

1.2 O trabalho em saúde e os processos de trabalho
Maria Rita Bertolozzi
Lislaine Aparecida Fracolli

27

1.3 Marcos Teóricos e conceituais de necessidades
Maria Amélia de Campos Oliveira
Emiko Yoshikawa Egry

33

1.4 Perspectivas avaliativas das vulnerabilidades em saúde
Lucia Yasuko Izumi Nichiata
Renata Ferreira Takahashi
Maria Rita Bertolozzi

Capítulo 2 **41**

2.1 O projeto Necessidades em Saúde
Emiko Yoshikawa Egry
Anna Maria Chiesa
Célia Maria Sivalli Campos
Dora Mariela Salcedo Barrientos
Eunice Nakamura
Lislaine Aparecida Fracolli
Lúcia Yasuko Izumi Nichiata
Maria Amélia de Campos Oliveira
Maria Júlia Barbosa de Moraes
Maria Rita Bertolozzi
Regina Lúcia Herculano Faustino
Renata Ferreira Takahashi
Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca
Sayuri Tanaka Maeda
Suely Itsuko Ciosak

2.2 Cenário Capão Redondo **55**
Eunice Nakamura
Regina Lúcia Herculano Faustino
Maria Júlia Barbosa de Moraes
Thiago de Castro Menezes
Paula Hino
Emiko Yoshikawa Egry

2.3 Cenário Butantã **63**
Anna Maria Chiesa
Maria Rita Bertolozzi
Érica Gomes Pereira
Paula Hino

Capítulo 3

3.1 Metodologias para captação da realidade objetiva **71**
Emiko Yoshikawa Egry

3.2 Metodologia para o estudo da tomada de decisão sobre as necessidades de saúde **81**
Lislaine Aparecida Fracolli
Teresa Christine Pereira Morais
Mônica Cecília de la Torre Ugarte Guanilo

3.3 Metodologia para recorte econômico das necessidades em saúde **91**
Sayuri Tanaka Maeda
Suely Itsuko Ciosak
Thiago de Castro Menezes
Jussara Santos Pereira Machado Silva

3.4 O método etnográfico em pesquisas sobre necessidades de saúde: uma análise sociocultural **101**
Eunice Nakamura
Denise Martin

Anexos

Instrumentos de coleta de dados

Apresentação

As necessidades em saúde da população tem sido objeto de estudo, de debate e de políticas de saúde. Autores nacionais e estrangeiros têm produzido estudos que visam a responder sobretudo à questão do atendimento das necessidades. Antes de se pensar nesse atendimento, usualmente elas são definidas, pois a definição, ou seja, o marco conceitual, irá recortar subsequentemente quais necessidades serão (ou deverão) ser atendidas. Definir necessidade em saúde é antes de tudo falar sobre o campo teórico-filosófico, pois como outros fenômenos sociais apresenta-se completamente diferente, a partir da visão de mundo em que se subordina.

A saúde coletiva é um campo de teorias e práticas, subordinadas à visão de mundo materialista histórica e dialética que se encontra em construção: tanto as teorias quanto as práticas.

As práticas em saúde coletiva vêm sendo produzidas e construídas no Brasil , cujo marco mais fértil de implementação no nível do coletivo tem sido a Estratégia de Saúde da Família. Nesses espaços onde se operam as articulações entre os serviços de saúde e a população dos territórios é que se definem, recortam, objetivam – e, portanto, são reconhecidas – as necessidades em saúde. É também privilegiadamente nesses espaços, integrados às demais instâncias da rede de atenção à saúde, que se buscam atender às necessidades em saúde. De fato, o polo teórico da saúde coletiva é redesenhado nesta realidade de construção da assistência à saúde.

Em que pese a regência geral das ações de saúde no Brasil, dada pelo Sistema Único de Saúde, com suas diretrizes gerais e princípios doutrinários e, também, com as normas e regulamentos, sabe-se que cada esfera de governo e cada espaço geopolítico (estados, regiões, municípios e territórios) comportam práticas peculiares de acordo com os perfis epidemiológicos da população e com os distintos saberes - ideológicos que operam os processos de produção em saúde e seus correspondentes processos de trabalho. Dado que o Sistema Único de Saúde, tal como outra realidade objetiva apresenta contradições dialéticas, cada cenário pode mostrar contradições específicas a serem superadas em certo tempo.

Na certeza de que as contradições dialéticas serão superadas à medida que se interpõem instrumentos para sua transformação, o grupo de pesquisadores do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva (no momento histórico da presença de uma PRODC da CAPES que teve a finalidade de impulsionar os processos de trabalho e de pesquisa da pós-graduação em Enfermagem – área de concentração saúde coletiva -) articulou-se com os pesquisadores de dois Distritos do Município de São Paulo, tradicionalmente campo de estágio de ensino de graduação na área de enfermagem em saúde coletiva.

Assim, foi formado o grupo de pesquisadores do projeto ***Limites e possibilidades dos sistemas de saúde locais no reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população: o PSF no Município de São Paulo.***

A presente obra visa a apresentar de forma sistematizada o conteúdo teórico, o projeto e as ferramentas utilizadas nesta pesquisa para possibilitar aplicações futuras em outros cenários, tanto no Brasil como no exterior. A extensão deste projeto em cenários estrangeiros

conta já com a adesão de Chile, Peru e Reino Unido, todas eles com a parcerias das Escolas de Enfermagem e de pesquisadores docentes de graduação e pós-graduação.

O projeto contou com apoio parcial da FAPESP (políticas públicas Fase I), do CNPq e da CAPES (Prodoc). Contou, também, com o apoio e assessoria da Profa. Dra. Sarah Cowley do King's College de Londres que, além de autora e pesquisadora do tema das necessidades em saúde, debruçou-se sobre o projeto, discutindo e recomendando os caminhos metodológicos a serem seguidos.

É desejo do grupo de pesquisadoras e autoras que este livro em formato de Guia para pesquisadores possibilite a ampliação das discussões a respeito das necessidades em saúde, entre todos os atores envolvidos no reconhecimento e enfrentamento delas, além de informar aos gestores os caminhos para a avaliação das necessidades em saúde na visão da saúde coletiva.

São Paulo, verão de 2008.

Emiko Yoshikawa Egry
- Organizadora -

Prefácio

Pode-se dizer que um dos principais avanços da implementação do SUS na década de 1990 relaciona-se ao acelerado processo de descentralização político-administrativa, com progressiva transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os gestores estaduais e, sobretudo municipais. As características peculiares do federalismo brasileiro – o município é um ente federativo com grande poder e autonomia – e o fortalecimento do movimento municipalista no início dos anos de 1990 tiveram repercussões importantes no processo de descentralização do sistema de saúde.

As Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB/SUS), e mais recentemente o Pacto pela Saúde, têm representado um importante instrumento de regulação desse processo de descentralização, conforme estabelecem mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios.

É possível afirmar que a descentralização impulsionada por esses acordos apresentou resultados positivos relacionados, entre outros fatores, ao expressivo aumento de transferência direta de recursos do nível federal para o estadual e municipal, ao fortalecimento da capacidade institucional de diversos estados e municípios na gestão da saúde e expansão da rede de serviços municipais de saúde.

Esse esforço de descentralização foi acompanhado por outro tão significativo quanto, que foi a tentativa de um desenho de um sistema de saúde com ênfase na Atenção Básica e a busca da implantação de um novo modelo de atenção à saúde com a Estratégia de Saúde da Família.

Todo esse esforço justifica-se pelo objetivo de atender às necessidades de saúde da população, assegurando a universalidade do sistema de saúde e a integralidade da atenção.

Esse processo sustenta-se na expectativa de que a descentralização propiciaria uma maior aproximação entre o gestor e a população e assim, proporcionaria uma melhor adaptação do sistema às necessidades e demandas locais.

Por sua vez, a Estratégia de Saúde da Família criaria espaço para uma relação mais próxima entre o sistema de saúde e a população, a partir da definição de um território específico e da vinculação de uma clientela.

Ocorre que, se no campo da prática existe grande dificuldade para a realização desse atendimento, no campo teórico o próprio conceito de necessidades em saúde da população reveste-se de grande complexidade.

Entender o conceito de necessidade de saúde é indispensável para compreender as necessidades de saúde da população. Por outro lado, essa compreensão é uma condição para que se possa minimamente organizar um sistema de saúde e programar a prestação de serviços para atendê-las. A falta dessa compreensão implica a organização de um sistema de saúde determinado pela oferta de serviços. Isto é possível pelo fato de que na saúde a oferta tem a capacidade de gerar demanda, mesmo que esta não signifique necessidade.

Desse modo, o processo de construção, tanto das teorias como das práticas, no campo da saúde coletiva, no tema das necessidades de saúde, demanda e, ao mesmo tempo, propicia um enorme espaço para a realização de pesquisas. No entanto, a complexidade que reveste esse campo, cria uma barreira de dificuldades que assim afasta os possíveis pesquisadores, tanto os da academia como de serviços.

Assim, é muito bem-vinda a iniciativa do grupo de pesquisadores formado no Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e profissionais de dois Distritos do Município

de São Paulo que produziram este Guia para Pesquisadores que apresenta de forma sistematizada o conteúdo teórico, o projeto e as ferramentas utilizadas na pesquisa sobre necessidades de saúde da população para possibilitar aplicações futuras em outros cenários, tanto no Brasil como no exterior.

Por fim, vale destacar dois aspectos que fazem esta publicação especial: em primeiro lugar, o fato de que ela é resultado de uma ação concreta de pesquisa por meio do projeto *Limites e possibilidades dos sistemas de saúde locais no reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população: o PSF no município de São Paulo* e, em segundo lugar, ser ela resultado de uma ação integrada entre membros da academia e do serviço.

Tenho certeza de que este Guia será de grande utilidade para a superação das dificuldades vivenciadas por todos aqueles que, na academia, na gestão do SUS ou nos serviços de saúde desejem realizar pesquisas relacionadas ao campo das necessidades de saúde, particularmente no espaço da Atenção Básica.

Renilson Rehem de Souza

Considerações a respeito da Saúde Coletiva

Emiko Yoshikawa Egry
Maria Amélia de Campos Oiveira
Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca

A Saúde Coletiva será tratada de forma sintética, na forma de uma breve aproximação teórico-filosófica ao objeto da investigação a respeito das necessidades em saúde, seus limites e potencialidades, na perspectiva institucional de reconhecê-las para enfrentá-las. Portanto, não será uma tentativa de esgotar o assunto, visto que diversos autores já o exploraram bastante [1-5].

Emiko Yoshikawa Egry [2] cita que:

> *ao contrário do que muitos imaginam, a Saúde Coletiva não é um neologismo ou mesmo uma tentativa de modernização da Saúde Pública, ainda que esta última terminologia seja predominante e consagrada dentro da produção científica da área, em nosso meio até hoje. Tampouco, ao contrário do que muitos podem acreditar, tem o mesmo significado que a Saúde Pública, a Medicina Social, a Medicina Preventiva, a Atenção Básica, a Atenção Primária, entre outros termos 'afins'.*

Jaime Breilh [1] é quem melhor explica que o termo Saúde Coletiva é utilizado para designar os novos conteúdos e projeções da disciplina que resultou do movimento sanitarista latino-americano e, particularmente, no Brasil da corrente da Reforma Sanitária. Afirma:

> *A Saúde Coletiva surge como um termo vinculado a um esforço de transformação, como opção oposta, como veículo de uma construção alternativa da realidade que é objeto da ação, dos métodos para estudar esta realidade e das formas da 'práxis' que se requerem. Enquanto a saúde pública convencional conceitua a saúde-doença empiricamente, reduzindo-a ao plano fenomênico e individualizado da causação etiológica, a saúde coletiva propõe a determinação histórica do processo coletivo de produção de estados de saúde-doença. Enquanto a saúde pública acolhe os métodos empírico-analítico (estrutural-funcionalista), popperiano ou fenomenológico, a saúde coletiva incorpora o método materialista dialético. Enquanto a saúde pública centra sua ação a partir da ótica do Estado, com os interesses que este representa nas sociedades capitalistas, a saúde coletiva se coloca como recurso de luta popular e da crítica-renovação estratégicas do 'que-fazer' estatal. Enquanto a saúde pública assume a atitude possível da consecução de melhorias localizadas e graduais, a saúde coletiva propõe a necessidade de uma ação para a mudança radical [1].*

A Saúde Coletiva emergiu com o sentido de ampliar as práticas e o conhecimento em saúde por meio da participação das categorias de trabalhadores, além dos profissionais da

saúde, incluindo cientistas sociais e atores sociais e constitui, tanto um campo científico como um movimento ideológico que contribuiu para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Francisco Antonio de Castro Lacaz [4] concorda com Jaime Breilh que a Saúde Coletiva nasceu como uma critica ao positivismo e à saúde pública. No Brasil, o termo é usado, desde 1979, durante a distensão da ditadura militar. Em seus fundamentos teóricos e metodológicos, toma o social como uma categoria e recompõe a noção do indivíduo de modo a transcender a limitação do ser biopsicossocial, evidenciando seu compromisso em relação ao coletivo [6].

A Saúde Coletiva é um campo de teorias e práticas, fundamentadas no materialismo histórico e dialético (MHD), ou seja, dentro da visão marxiana de mundo, corrente filosófica fundada por Marx para superar a visão da ciência positiva, base e sustentação do capitalismo.

O desenvolvimento da sociedade capitalista e a agudização das contradições que lhe são inerentes, têm evidenciado que a explicação dos fatos sociais baseadas na ciência positiva, oriunda das ciências naturais, obtém apenas uma visão parcial e dicotomizada da realidade, não permitindo a visualização do todo. Concebendo a sociedade como uma máquina e os seres humanos como suas engrenagens, cada qual com um funcionamento predeterminado, a adesão ao social mais amplo é apenas fatorial e não determinante. Visto desta forma, o processo saúde-doença reflete apenas as condições de equilíbrio/desequilíbrio ou normalidade/anormalidade desta máquina.

O MHD surgiu como uma proposta revolucionária para a superação dessa visão tradicional, transformando inclusive o papel da filosofia que, de mera tradutora ou interpretadora dos processos sociais, passou a assumir um papel de orientadora da ação, superando a visão explicativa anterior. Reconhece o papel político do ser humano como agente social de transformação da realidade e não como mero receptor das influências sociais.

Para Karl Marx [7], somente as idéias não transformam o mundo, é preciso que sejam submetidas à prática. Apenas quando se tornam força material, levando os seres humanos à ação, as idéias podem transformar o mundo que é, pela sua natureza, material, ou seja, existe fora da consciência humana e independente dela, não sendo produto nem do pensamento, nem de qualquer ser imaterial.

Tudo o que existe é matéria ou, pelo menos, depende da matéria, definida como a categoria filosófica que designa a realidade objetiva que se apresenta aos seres humanos em suas sensações. A matéria pode ser copiada, fotografada, refletida por nossas sensações, existindo independentemente delas [8]. Não apenas os corpos materiais com propriedades mecânicas são matéria, mas também todas as formas qualitativamente diferentes do mundo material, com suas propriedades físicas, químicas, biológicas e sociais, enfim, todas as coisas que têm a propriedade fundamental de existir independente da consciência humana.

Toda matéria está em desenvolvimento e transformação constantes segundo determinadas leis. Assim, tanto o ser humano como a sociedade são materiais, existindo fora e independente da consciência humana, o que os torna social e historicamente determinados, ou seja, diferenciam-se, conforme sua inserção no tempo e no espaço. Como seres de existência, constroem seu próprio percurso histórico. O homem é o único ser da espécie animal que consegue traçar sua maneira de viver, fruto de sua relação com os outros seres humanos e com a natureza. Na concepção dialética, o ser humano é um ser de existência e a sua natureza revela-se à medida que se relaciona com o concreto.

Por sua vez, o processo saúde-doença não pode ser predeterminado ou obedecer a padrões pré-estabelecidos de normalidade e generalidade, mas é determinado historicamente pela forma de inserção social do ser humano na sociedade ou, em última instância, pela forma como este se relaciona com a natureza e com os demais seres humanos. Não podendo existir fora da sociedade, não se faz independente de suas concepções ideológicas [9]. Outro aspecto a ser considerado na reflexão sobre saúde, na ótica da Saúde Coletiva (e do MHD), é o fato de que o capitalismo, além da produção material, também produz a ideologia necessária para justificar essa lógica de produção. Sob o seu regime, são alimentadas maneiras próprias de pensar, de analisar e julgar a realidade. É a chamada dimensão da superestrutura, com suas agências sociais – escolas, partidos políticos, igrejas, sindicatos, aparelho judiciário, etc. – que se encarregam de fazer valer uma compreensão de mundo que isente o metabolismo do capital de suas responsabilidades sobre a produção da pobreza e da miséria sociais, para fazer essa responsabilidade recair sobre indivíduos, famílias, comunidades e mesmo segmentos de trabalhadores [5].

Na Saúde Coletiva, portanto, as contradições da realidade objetiva são motores para a transformação. E é na explicitação delas e na intervenção para superá-las que se realizam os trabalhos nesse campo. Assim, como projeto político tem o fortalecimento e a emancipação dos sujeitos, por viver e tomar posição em relação ao mundo social. A compreensão de um determinado fenômeno a fim de transformá-la só é possível por meio da consciência crítico-reflexiva que os profissionais passam a ter sobre o fenômeno [10]. Isso se dá pelo exercício de perceber as contradições das dimensões estruturais, particulares e singulares em que está imerso o processo de trabalho, dentro da estrutura de uma dada sociedade, permeada pelas categorias de gênero, geração e etnia.

Para o desenvolvimento da consciência critíco-reflexiva, ou seja, para a desalienação, é preciso entender o significado da alienação. De acordo com István Mézáros [11],

> *a alienação humana num modo de produção capitalista se desdobra em quatro aspectos principais: a) o homem está alienado da natureza;*
> *b) está alienado de si mesmo (de sua própria atividade);*
> *c) de seu 'ser genérico' (de seu ser como membro da espécie humana);*
> *d) e do homem (dos outros homens).*

Em relação ao pensamento marxiano [5], István Mészáros [11] pontua que necessidades materiais e espirituais não podem ser consideradas em separado na formação do ser humano, embora reconheça o primado das primeiras:

> *O ponto de partida ontológico de Marx é o fato auto-evidente de que o homem, parte específica da natureza (isto é, um ser com necessidades físicas historicamente anteriores a todas as outras), precisa produzir a fim de se manter, a fim de satisfazer essas necessidades. Contudo, ele só pode satisfazer essas necessidades primitivas criando necessariamente, no curso de sua satisfação por meio da sua atividade produtiva, uma complexa hierarquia de necessidades não-físicas, que se tornam assim condições igualmente necessárias à satisfação de suas necessidades físicas originais. As atividades e necessidades humanas de tipo 'espiritual' têm, assim, sua base ontológica última na esfera da produção material como expressões específicas de intercâmbio entre o homem e a natureza, mediado de formas e maneiras complexas [11].*

Ao falar em Saúde Coletiva, é preciso conhecer o coletivo. No período de transição do feudalismo para o capitalismo (final do século XVIII), a Medicina participou na transformação para a nova ordem social. A prática médica rompeu o modelo de atenção à saúde com foco no corpo individual para pensar a atenção à saúde do 'corpo coletivo', não por razões puramente humanitárias, mas, porque naquele momento a classe trabalhadora passou a ter significado para o modo de produção capitalista. Para tanto, organizam-se as políticas públicas, em diversos âmbitos: saúde, educação, trabalho, etc. Nesse período, duas matrizes epistemológicas tomam corpo no campo da saúde: o Sanitarismo e a Patologia Social [12].

A primeira corrente acabou sendo tomada como referência para as ações de controle que os Estados adotaram, ao instaurar medidas de higiene, visando à preservação e aumento da força de trabalho. A segunda representou, inicialmente, uma preocupação com as condições de vida da população e com medidas para a promoção da saúde, porém, logo as medidas sanitárias foram direcionadas às populações carentes, alinhando-se aos projetos sociais de assistência à pobreza, próprios das sociedades de classe.

Resalta-se que por um dado período histórico, as práticas da medicina voltaram-se às condições sociais, ressaltando as situações de vida das populações. Isto se deu, sobretudo, na Inglaterra do século XIX, com a chamada *Medicina Social* [12]. O predomínio da ideologia liberal individualizante, afinada com a lógica da produção capitalista, fez com que o projeto da Medicina Social acabasse por se comprometer com os interesses das classes dirigentes, limitando-se à recuperação dos corpos para o trabalho (a produção), ou seja, priorizando as ações curativas. Os avanços no campo da microbiologia vieram a fortalecer o desenvolvimento de um modelo curativista, tendo isto beneficiado duplamente a lógica da acumulação, pois a tecnologia na medicina também cresceu, retroalimentando a crescente mercantilização do setor.

Hoje, a Saúde Coletiva no Brasil quase vinte anos após a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), embora tenha ampliado o espectro das ações, alinhando-se às suas bases teóricas e filosóficas e acumulado conhecimentos e avanços em termos dos princípios do SUS (integralidade, equidade, acessibilidade e participação popular), construindo instrumentais capazes de intervenções mais efetivas no processo saúde-doença na perspectiva do coletivo, ainda tem muito a caminhar. O caminho que se mostra mais fértil, é a realização de processos de trabalho – assistir, gerenciar, pesquisar, educar – cada vez mais participativos, na busca de superação de suas contradições.

Referências

1. Breilh J. Reprodução social e investigação em saúde coletiva: construção do pensamento e debate. In: Costa DC, organizador. Epidemiologia: teoria e objeto. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1990. p.128-65.

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

3. Carvalho AI. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. Cienc & Saúde Coletiva. 1996; 1(1):104-21.

4. Lacaz FAC. O sujeito n(da) saúde coletiva e pós-modernismo. Cienc & Saúde Coletiva. 2001; 6(1):233-42.

5. Perna PO, Chaves MMN. O materialismo histórico-dialético e a Teoria de Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva: a demarcação do "coletivo" para a Ação da enfermagem. Rev Trabalho Necessário. 2008; 6(6).

6. Nunes ED (org.). Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez; 1989.

7. Marx K. Manuscritos econômico-filosóficos. São Paulo: Boitempo Editorial; 2004.

8. Lenin apud Hahn E, Kosing A. A filosofia marxista-leninista: curso básico. Lisboa: Avante; 1983.

9. Fonseca RMGS, Egry EY, Bertolozzi MR. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde-doença. In: Egry EY, Cubas MR, organizadores. O trabalho da Enfermagem em saúde coletiva no cenário CIPESC. Curitiba: Mult-Graphic; 2006. p.19-61.

10. Queiroz V, Egry EY. Bases metodológicas para a enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. Rev Bras Enferm. 1988; 41(1):26-33.

11. Mészáros I. A teoria da alienação em Marx. São Paulo: Boitempo; 2006.

12. Salum MJL, Bertolozzi MR, Oliveira MAC. O coletivo como objeto da enfermagem: continuidades e descontinuidades da histórica. In: La enfermería en las Américas. Washington: Organización Panamericana de La Salud; 1999. p.101-18.

O trabalho em saúde e o processo de produção: Uma questão para a enfermagem

Lislaine Aparecida Fracolli[1]
Maria Rita Bertolozzi[1]

Nas últimas décadas, a sociedade vem sofrendo profundas transformações no mundo do trabalho. Como exemplos de tais transformações, destacam-se o enorme desemprego estrutural, um crescente contingente de trabalhadores em condições precárias de trabalho e crescimento do capital especulativo em razão da internacionalização da maior concentração de capital graças às fusões de empresas monopolistas e oligopolistas, crise do "Estado de bem-estar social", com retração de gastos públicos, além da progressiva degradação da natureza, conduzida pela lógica de produção de mercadorias e pela valorização do capital (1) .

Paradoxalmente ao que se almeja, a introdução de novos instrumentos para os diferentes processos de produção, como frutos do crescente desenvolvimento tecnológico, tem sido utilizada mais para exploração e alienação dos indivíduos em relação ao trabalho do que para melhoria das condições de vida e trabalho. As novas tendências de organização do trabalho, baseadas nas técnicas da *lean production*, *just-in-time*, qualidade total, *team work*, têm sido responsáveis pela *intensificação* do trabalho, com o consequente aumento da insegurança no emprego, do estresse e das enfermidades decorrentes da atividade laborativa. Além disso, o trabalho feminino é cada vez mais frequente, obrigando as mulheres a realizar jornadas duplas de trabalho, que se iniciam no domicílio, mas se estendem como força de trabalho em outros processos de produção (1).

Nesta realidade, na segunda metade da década de 1970, começou a se estruturar o campo do saber e atuação da Saúde Coletiva, questionando as formas pelas quais a dominação do capital se concretiza. Esse campo requer vertentes teóricas e fundamentos filosóficos e o conhecimento constitutivo das ciências humanas: sociais e políticas, ademais dos aportes da Epidemiologia, da Clínica, da Estatística e da Matemática, sobretudo.

A deterioração das condições de vida de contingentes expressivos da população, aglomerados nos centros urbanos, alvos da expulsão da zona rural em decorrência da ausência de emprego, em especial pela introdução progressiva da mecanização da agricultura, paralelamente ao acúmulo de enfermidades decorrentes dos crescentes processos de exclusão social, mais e mais apresentados pelos países periféricos que sofriam a exploração dos países desenvolvidos, suscitou a emergência de questões e a exigir respostas mais amplas que a definição apenas biológica da doença não consegue expressar e uma crescente consciência social de que a luta pela saúde integra a construção da cidadania.

A concepção de que a saúde não representa apenas ausência de doença, mas condições apropriadas e dignas de vida, de moradia, de educação e de trabalho começou a expandir-se. O indivíduo e a coletividade passam a ser compreendidos como partes de uma totalidade determinada pelo modo de produção, pela economia adotada e processos de reprodução social. Assim, a saúde e a doença concebidas de forma hegemônica como estados biológicos

[1] Professora-Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

restritos aos indivíduos ou às massas, nas quais perde-se a identidade de sujeitos pertencentes a determinados grupos sociais que passam a ser interpretadas como um processo, como uma unidade dialética na qual constituem partes sempre referentes a uma totalidade.

Nessa perspectiva, o trabalho constitui uma categoria fundamental que define a posição dos sujeitos na sociedade e as condições de trabalho determinam o poder de consumo e o acesso às condições dignas de vida. "(...) O trabalho constitui-se como categoria intermediária que possibilita o salto ontológico das formas pré-humanas para o ser social. Ele está no centro do processo de humanização do homem. Só podemos falar em ser social quando entendemos sua gênese, seu elevar-se em relação à sua própria base e à aquisição de autonomia, e estas se baseiam no trabalho" (1).

Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (2), pautado na teoria marxiana, concebe o trabalho como um processo de transformação, operado pelo ser humano para atender às necessidades humanas que são constituídas social e historicamente. Os meios e instrumentos e a finalidade do trabalho permitem a transformação do objeto que pode se caracterizar como um bem material ou um serviço.

A partir da década de 1970, evidenciam-se importantes transformações nos processos produtivos e novas tendências para a reorganização da produção, dentre elas, pode-se citar a associação do padrão *taylorista* e *fordista* com formas produtivas flexibilizadas e desregulamentadas. Paralelamente, verifica-se a destruição do modelo de regulação social-democrático pelo modelo de regulação neoliberal – centrado no mercado e privatizante. Nesse processo, as principais mudanças ocorridas podem ser apontadas como: estruturação da produção muito vinculada às demandas, caracterizando-se pela sua variedade e heterogeneidade, eliminando, com isso, a concentração de excedentes. O processo produtivo passa a fundamentar-se no trabalho operário em equipe, com multivariedade de funções e que tem no princípio do *just in time* (o melhor aproveitamento possível do tempo de produção) sua base, incluindo, nessa lógica, a terceirização de muitos processos de trabalho.

Essas mudanças produtivas têm como consequências, dentre outras, a crescente redução do trabalhador estável no emprego e o incremento dos trabalhadores informais; o aumento do trabalho feminino, sobretudo precarizado; o incremento dos assalariados no setor de serviços; a exclusão dos jovens e idosos do mercado de trabalho; e a inclusão precoce de crianças no mercado de trabalho (informal). Ainda como consequencia de tais mudanças ocorre a expansão do "trabalho social combinado" que se caracteriza por envolver trabalhadores de diversas partes do mundo, participando de um mesmo processo de produção (1).

A América Latina integra-se a essa "mundialização" do capital e, nesta "opção", destrói-se socialmente, dado que a lógica societal que se instaura com esse modelo, é aquela que valoriza o capital e considera a força humana de trabalho apenas como parcela para a reprodução do capital. Como o capital é incapaz de se autovalorizar sem a utilização do trabalho humano, observa-se a diminuição trabalho vivo (em ato), mas, não sua eliminação. Sob o capitalismo não se constata o fim do trabalho como medida de valor, mas percebe-se a mudança qualitativa do trabalho. Por um lado, verifica-se um peso crescente de sua dimensão mais qualificada e, por outro, a intensificação das formas de exploração do trabalho. Ao invés do fim do valor-trabalho, constata-se uma inter-relação acentuada das formas de extração da mais valia relativa e absoluta, evidenciando-se a mundialização da exploração.

Segundo Emerson Elias Merhy [3], a categoria trabalho apresenta centralidade na análise da sociedade, especialmente porque o trabalho produz valor de troca e uso. A produção e a reprodução da vida humana realizam-se pelo trabalho: com base neste, o homem apresenta-se como ser social e, no capitalismo, o trabalho configura-se como meio de subsistência.

Estudos sobre a reestruturação produtiva no Brasil mostram que não foi possível encontrar padrão único ou homogeneidade dos diferentes aspectos do processo de trabalho, apontando-se que a marca distintiva do processo de reestruturação produtiva, no País, é a heterogeneidade. Em termos de relações de trabalho, em geral existem congruências entre os estudos: por exemplo, todos apontam a diminuição dos postos de trabalho e de salários; a intensificação da jornada de trabalho e a neutralização da ação sindical. Entretanto, as interpretações sobre tais mudanças são variadas. A maioria dessas investigações aponta para a presença de algumas relações dialéticas nos processos produtivos, tais como: a relação riqueza/pobreza; produção/consumo; trabalho concreto (valor de uso)/ trabalho abstrato; trabalho vivo/trabalho.

Entretanto, cientistas sociais como Offe, Gorz e Habermas (apud Paulo Sérgio Tumollo, 1998) [4], entre outros: fazem críticas à centralidade do trabalho como fato social e como categoria sociológica de análise, tecendo críticas ao marxismo como arcabouço teórico capaz de explicar a realidade social. Estes autores sugerem a necessidade de se construir um modelo de pesquisa social centrada na vida cotidiana e no mundo vivido, rompendo com a ideia de que a esfera do trabalho tem poder privilegiado para determinar a consciência e a ação social.

Sob outra perspectiva, Paulo Sérgio Tumollo [4] diferencia as categorias analíticas: trabalho concreto, trabalho abstrato e trabalho produtivo. O autor aponta que, ao se analisar a *categoria trabalho produtivo*, deve-se considerar que a produção capitalista não se restringe apenas à produção de mercadorias, mas amplia-se para a produção de mais valia e que o *trabalho produtivo* não contém em si simplesmente uma relação entre atividade e efeito útil desta, mas traz implícita uma relação de produção social que converte o operário em um instrumento direto de valorização do capital. O *trabalho produtivo* pode ser considerado como o que produz mais valia, que produz capital, não importando qual a forma da mercadoria produzida. Assim, não há diferença entre o trabalho que produz mercadorias em forma corpórea ou mercadorias com outra forma qualquer, como não há diferença entre trabalho manual e intelectual: qualquer um desses trabalhos pode ser produtivo ou não.

Para Paulo Sérgio Tumollo [4], o *trabalho concreto* (valor de uso) está subsumido pelo *trabalho abstrato* (valor de troca) que, por sua vez, está subsumido ao *trabalho produtivo* (mais valia). A produção de mais valia (capital) é a razão última do capitalismo e, por isso, o *trabalho produtivo* determina tanto o *trabalho abstrato* como o *trabalho concreto*. Segundo Paulo Sérgio Tumollo [4], Offe dá ao trabalho um caráter muito genérico, deixando de revelar-se como categoria de análise. Aponta que, uma das contradições inerentes ao processo de acumulação do capital, é a tendência ao aumento dos investimentos em capital constante (trabalho morto) em relação ao capital variável (trabalho vivo). Paulo Sérgio Tumollo [4] e Ricardo Antunes [1] advogam a necessidade de superação do *trabalho produtivo* de capital, em favor do *trabalho produtivo* de valores de uso (*trabalho concreto*), passando pela superação do *trabalho abstrato.*

Processo de trabalho e o setor Saúde

Conforme lembra Marina Peduzzi [5], os estudos sobre o processo de trabalho em saúde, no Brasil, tem como marco de referência, a consagrada investigação, conduzida por Maria Cecília Donnangelo, datada de 1975 [6]. A partir do trabalho de Maria Cecília Donnangelo, Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves desenvolveu ricas interpretações sobre o processo de trabalho em saúde, no final da década de 1970 e nos anos de 1990.

No estudo conduzido por Maria Cecília Donnangelo [6], a autora aborda as relações entre saúde e sociedade e entre a prática profissional em saúde e a prática social. As práticas sociais são entendidas como práticas constitutivas da sociedade. Assim, as ações, os instrumentos e as técnicas estão intimamente conectadas à forma como a sociedade está organizada, como produz, como é legitimada pela aparato jurídico-político e ideológico, além de incorporar as dimensões culturais e éticas [7].

No que se refere ao processo de trabalho em saúde, é importante considerar os seguintes aspectos principais:

• constitui uma intervenção sobre determinado objeto ou necessidade, o que significa que é como uma prática social;

• não se reduz a uma prática exclusivamente técnico-científica, mas requer outros instrumentos e meios de trabalho, orientados à finalidade do processo de trabalho, finalidade esta orientada na integralidade, na intersubjetividade e na interdisciplinaridade da saúde [5];

• há uma consubstancialidade e circularidade entre o processo de trabalho e as necessidades de saúde [8];

• é um exemplo de processo de trabalho, em geral, e, portanto, compartilha características comuns a outros processos que ocorrem no setor industrial e outros setores da economia; e

• é um serviço: a assistência à saúde constitui-se como um serviço, fundamentada em relações entre sujeitos. Em geral, espera-se que tais relações sejam muito intensas, tendo em vista que se referem à vida, ao sofrimento, à morte. Na saúde, as relações são decisivas para a eficácia do ato.

Estas dimensões são intercomplementárias e interatuantes mas, para fins didáticos, optou-se aqui por discuti-las separadamente. No que se refere à premissa de que a assistência à saúde é um serviço, há que apontar que esta palavra tem por trás de si uma tradição quase pejorativa: serviço vem de “servo. A economia clássica nunca se preocupou com a análise teórica do que seja serviço, porque dentro da dinâmica da acumulação capitalista no século XIX, esse não era um setor decisivo. Mas ele o é hoje e, sem dúvida, isso é o que caracteriza a modernidade do capitalismo[9].

O setor saúde é um dos mais peculiares à sociedade atual, baseado na proeminência do trabalho em serviços. Uma característica do setor serviço/saúde é que este não se realiza sobre coisas, sobre objetos, como ocorre, por exemplo, em uma fábrica de automóveis. Ao contrário, realiza-se com e entre pessoas e, mais ainda, com base em uma inter-relação em que o consumidor contribui no processo de trabalho, pois é parte desse processo. O consumidor fornece os valores de uso necessários ao processo de trabalho, não apenas a informação sobre sua queixa ou doença. Dele (consumidor) exige-se uma participação ativa na aplicação das normas e prescrições médicas.

Mais especificamente no processo de trabalho em saúde, o consumidor (usuário) é um fornecedor de valores de uso substantivos, de modo a se tornar copartícipe e corresponsável pelo êxito ou não da terapêutica.

A ideia do processo de trabalho em saúde é algo extremamente abstrata porque existem inúmeras formas tecnicamente particularizadas de se realizar atos de saúde. Por exemplo, ações de saneamento e ações de assistência médica são extremamente diferentes entre si, contudo, ambas são ações de saúde [10]. Entretanto, ao discutir no presente capítulo, sobre o processo de trabalho em saúde, remete-se restritamente às ações desenvolvidas nos serviços de saúde.

No processo de trabalho em saúde, é fundamental lembrar sempre que: pressupõe atos parcelados, mas não conforma uma linha de produção como na industria; o produto final não se separa do processo de trabalho; é organizado, sobretudo, sob a ótica médico-liberal: o que significa ausência das etapas de planejamento e avaliação; é um serviço que se funda em inter-relações pessoais muito intensas; é marcado por uma direcionalidade técnica, inerente a qualquer processo de trabalho humano; pressupõe uma antevisão dos resultados almejados e uma ação inteligente que requer em sua implementação uma adaptação, conforme as características particulares do indivíduo, com sua história e necessidades [10].

O serviço de saúde deve traduzir a adequação constante ao particular, no sentido do indivíduo que não se restringe ao ser humano, mas amplia-se para as circunstâncias em que ocorrem seus problemas e necessidades [10].

A partir da compreensão de que o trabalho define a posição dos sujeitos na sociedade e suas condições de trabalho determinam o poder de consumo, e o acesso às condições que possibilitam a realização da vida com dignidade, pode-se reiterar o que, anteriormente, se apontou, utilizando-se dos ensinamentos de um autor que afirma o trabalho como categoria intermediária, central ao processo de humanização do homem [10].

A análise do processo de trabalho em saúde, das características e condições de inserção da enfermagem nesse processo, possibilita desenhar com mais clareza qual tem sido o objeto de intervenção da enfermagem, seja ele um indivíduo, uma família ou uma comunidade.

Abordar a enfermagem como *trabalho* significa compreender que as práticas de saúde são práticas sociais e, portanto, devem ser tomadas para além de sua dimensão profissional e técnica, ou seja, para além de uma aplicação imediata e direta dos conhecimentos técnico-científicos. É pressupor que esta prática é determinada pela finalidade social do trabalho em saúde e, portanto, não é uma prática estática, mas dinâmica, pois requer a revisão periódica de seus elementos constituintes frente às transformações da sociedade e dos modelos de atenção à saúde.

Com esse entendimento, a enfermagem brasileira e a sociedade, de uma forma geral, têm sido instadas a repensar as tecnologias que vêm utilizando para “fazer saúde”.

As propostas tecnológicas para a (re)organização do trabalho em saúde

Segundo Emerson Elias Merhy [3], em razão do fato de todo serviço de saúde estar vinculado a processos produtivos de “atos cuidadores”, para tentar entender um estabelecimento de saúde é preciso debruçar-se sobre seus processos de trabalho e ações que revelam o jogo de intenções que tais processos de trabalho contêm, além de revelar suas

redes agenciais protagonistas e as *modelagens tecnológicas* que as realizam. Isto é, um serviço de saúde constitui-se como um "lugar" de relações e jogos de poder entre "sujeitos" concretos. Segundo o mesmo autor, o trabalho em saúde produz, em uma primeira instância, "atos de saúde" (procedimentos, consultas médicas ou de enfermagem, acolhimento, ações de responsabilização), que sempre são atos e relações intercessoras, entre trabalhadores e usuários. Esses "atos de saúde", articulados entre si, produzem o "ato cuidador", isto é, produzem o "cuidado".

O "cuidado" atua sobre os "problemas de saúde" (individuais ou coletivos) de forma a causar impacto (ou supondo-se que cause impacto) nos usuários finais, pelo atendimento de suas necessidades de saúde.

Um importante debate sobre a finalidade do trabalho em saúde concentra-se na forma como o usuário é tratado, no jogo de necessidades/direitos pois, conforme o modelo tecnoassistencial em realização, o usuário pode ser entendido como um mero consumidor de "atos de saúde", configurados como bens de mercado ou como um sujeito singular que requer "atos cuidadores" que o auxiliem a resgatar, a manter, e fortalecer seu "modo de andar a vida".

Assim, nesse jogo de necessidades que opera no processo de trabalho em saúde, pode-se evidenciar que:

• há um encontro entre o agente produtor, com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos e tecnologias, de um modo geral) e o agente consumidor, o que torna este último, em parte, objeto da ação do produtor, sem que, com isso, o consumidor deixe de ser também um agente que, em ato, coloca seus conhecimentos e representações, (inclusive, expressos como modos de sentir e elaborar necessidades de saúde) como utilidade para o trabalho em saúde;

• no interior do processo de trabalho em saúde, há uma busca por realizar um produto/finalidade, expresso por distintos modos pelos agentes (produtor/consumidor) e que, em alguns casos, podem até mesmo coincidir.

Para Emerson Elias Merhy [3], os agentes do trabalho em saúde são "portadores" de necessidades macro e micropoliticamente constituídas, além se serem determinadores de necessidades singulares que atravessam o modelo instituído, no jogo do trabalho vivo e morto ao qual estão vinculados. Assim, a conformação das necessidades verifica-se em processos sociais e históricos definidos pelos agentes em ato.

Conforme o autor citado [3], os temas contemporâneos que prevalecem nos debates sobre trabalho nos serviços de saúde, referem-se à necessidade de se criar estratégias de ação para:

• causar impacto sobre os exercícios privados dos profissionais, tornando-os mais controlados e produzindo, com isso, serviços mais centrados ou descentrados das óticas corporativas; e

• atuar nas disputas que ocorrem no cotidiano, procurando impor controle sobre elas, superando interesses particulares de alguns que se apresentam como universais.

Nesse sentido, para alterar-se um processo de trabalho, precisa-se muito mais do que mudar estruturas, deve-se, também, modificar as referências epistemológicas dos sujeitos que operam no dia a dia dos serviços. Para tanto, requer-se a destruição do núcleo duro de

comportamentos estereotipados e estruturados, em geral presentes na memória instituída do trabalho morto.

Assim, como finalidade do processo de produção em saúde, inclui-se alterar as condições de saúde do território, buscando a diminuição dos riscos, das vulnerabilidades e do sofrimento dos sujeitos que nele vivem. Para tal, é preciso identificar as unidades produtivas e como se dará o novo processo de trabalho, ou seja, como será a divisão técnica do trabalho em função do projeto a ser construído, definindo-se as responsabilidades e os produtos a serem produzidos.

Emerson Elias Merhy e Rosana Onocko [11] entendem que uma unidade de saúde, inscrita na Atenção Básica, assemelha-se a uma arena de disputas em que cada profissional tem seu modo subjetivo de construir seu caminho em busca da missão institucional. O autor defende que uma análise das interfaces entre os trabalhadores/sujeitos instituídos, seus métodos de ação e o modo como estes se interseccionam, permite realizar uma nova compreensão sobre a tecnologia gerencial em saúde, de forma a tornar o trabalho vivo em ato como eixo norteador.

Ainda que, em outra perspectiva teórica, vale apoiar-se, ainda, na contribuição de Leonardo Boff [12] que distingue dois modos de ser-no-mundo: o trabalho e o cuidado. O "modo-de-ser-no-mundo trabalho" é intervencionista, marcado por interações tecnicistas e configura o situar-se sobre as coisas e as pessoas para dominá-las e colocá-las a serviço dos interesses de terceiros. Busca compartimentar a realidade para melhor conhecê-la e, consequentemente, subjugá-la, utilizando-se do poder e, até mesmo, da agressão para alcançar seus objetivos utilitários.

No "modo-de-ser-no-mundo cuidado", a relação não é mais sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito, ou seja, não se almeja o domínio sobre, mas a convivência, por meio da interação, da conjunção e não da mera intervenção. Há uma proximidade, há acolhida do outro, sentindo-o dentro, respeitando-o, provendo-lhe sossego e repouso. A experiência que ocorre está centrada no valor intrínseco das pessoas e não em seu valor utilitário.

Estes dois modos-de-ser, como afirma o autor, não se opõem, pelo contrário, complementam-se. O grande desafio, então, é combiná-los, já que ambos constituem a integralidade da experiência humana. As respostas às perguntas sobre como fazê-lo? em que medida lançar mão de cada um? Não se encontram escritas, sendo preciso, dentre outros elementos, a responsabilidade solidária para com o outro.

Na área da saúde, este desafio está expresso na integração entre os procedimentos tecnológicos com a atenção, o respeito, o acolhimento, o compromisso e a preocupação para com os usuários dos serviços de saúde.

Referências

1. Antunes R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo; 1999.

2. Mendes-Gonçalves RB. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1979.

3. Merhy EE, Campos CR, Malta DC. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o publico. São Paulo: Xamã; 1998.

4. Tumolo PS. Trabalho: categoria sociológica chave? A necessária Continuidade da discussão. Universidade-política-trabalho. 1998; 8(15): 85-93.

5. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população [tese Livre-Docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

6. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.

7.Schraiber LB. Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas [tese Livre-Docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1997.

8. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Cadernos CEFOR, 1 – Série Textos. Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 1992.

10. Nogueira RP. Perspectivas da qualidade em saúde. São Paulo: Quality Mark; 1993. Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

11. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes; 2000.

Marcos teóricos e conceituais de necessidades

Emiko Yosikawa Egry
Maria Amélia de Campos Oliveira

O processo saúde-doença é um fenômeno complexo, socialmente determinado, modulado por condicionantes de ordem biológica, psicológica, cultural, econômica e política [1]. Igualmente complexas são as necessidades em saúde, que dizem respeito tanto à singularidade dos fenômenos de saúde ou doença que afetam os indivíduos e suas famílias, quanto às particularidades dos processos de produção e reprodução dos distintos grupos sociais e ainda aos processos mais gerais de estruturação da sociedade [2-3]. Referem-se, portanto, a múltiplas dimensões da realidade.

Agnes Heller[4] define necessidade como um "*desejo consciente, aspiração, intenção dirigida a todo o momento para certo objeto e que motiva a ação como tal. O objeto em questão é um produto social,independentemente do fato de que se trate de mercadorias, de um modo de vida ou de outro homem*". A autora distingue dois tipos de necessidades: as **naturais**, relativas à conservação e à perpetuação da vida, e as **necessárias,** radicais ou propriamente humanas; ambas socialmente determinadas.

As primeiras incluem as necessidades de alimentação, abrigo, sexual, de contato social e cooperação, relativas, portanto, à auto-conservação e à preservação da espécie, embora nem por isso possam ser consideradas "naturais", porque produzidas em contextos sociais. O volume dessas necessidades naturais e maneira de satisfazê-las também são produtos históricos.

Já as necessidades necessárias incluem a liberdade, a autonomia, a auto-realização, a auto-determinação, a atividade moral, a reflexão, entre outras. Nesse sentido, nem toda necessidade é carecimento, pois, em se tratando das necessidades necessárias, seu contínuo aperfeiçoamento nos humaniza progressivamente.

Agnes Heller[4] identifica ainda um conjunto de necessidades próprias do capitalismo, as **necessidades alienadas**, tais como dinheiro, poder e posse de objetos. Necessidades alienadas são criadas em função do capital e referem-se, sobretudo, a aspectos materiais e ao consumo de mercadorias. A criação infinita de necessidades, própria do capitalismo, torna as necessidades alienadas inesgotáveis e reforça a insatisfação, expressa como carecimento ou falta de algo, geralmente material, são inesgotáveis. São parte integrante da subjetividade, ou seja, dos sentidos e das motivações das pessoas.

As necessidades sociais podem ser analisadas do ponto de vista da necessidade em si e do ponto de vista da vida em sociedade. As necessidades e as formas de objetivação sempre se encontram em correlação, já que tais formas fixam o âmbito e delimitam a extensão das necessidades em determinadas sociedades, em diferentes momentos históricos. Isto explica porque as necessidades são simultaneamente pessoais (p. ex., o desejo de possuir algo) e sociais (o fato do objeto desejado corresponder a uma certa objetivação social) [4].

Todo trabalho humano tem como finalidade a satisfação de necessidades [5]. A intencionalidade presente nos processos de trabalho não é individual, mas social, de tal modo que o trabalho visa responder às necessidades sociais que o justificam. Há, portanto, uma

consubstancialidade entre as necessidades e o trabalho que visa satisfazê-las.

Tal como as demais necessidades humanas, as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas, elas situam-se entre natureza e cultura, ou seja, não dizem respeito somente à conservação da vida, mas à realização de um projeto vida em que o indivíduo progressivamente se humaniza (ou torna-se humano) [6]. Nas palavras de Edir Nei Teixeira Mandú e Maria Cecília Puntel de Almeida [7]:

> *"pensar a questão das necessidades em saúde e o modo como orientam o trabalho nesse campo requer a consideração ao modo como, no nosso sistema social, se apresentam tais necessidades (...) Isto implica considerar dois planos distintos: o da criação/satisfação social das necessidades humanas e o da relação do trabalho em saúde com o sistema de necessidades".*

Os sistemas de saúde não apenas respondem a necessidades sociais, mas reconhecem e legitimam algumas, em detrimento de outras, e criam novas necessidades. São consideradas problemas de saúde somente aquelas necessidades que alcançaram um alto grau de legitimação, normatização e consenso. Por conseguinte, as práticas de cuidado vigentes em um determinado momento histórico podem ou não corresponder às necessidades concretas dos grupos sociais. Em sua tipologia de necessidades, Bradshaw (1972) denominou **necessidades normativas** aquelas definidas em função de um padrão estabelecido e geralmente aceito como desejável, de tal modo que todos os indivíduos ou grupos situados fora desse padrão seriam considerados "em necessidade" [8].

As relações entre as necessidades de saúde e as práticas de cuidado podem ser apreendidas a partir dos significados econômicos, políticos e ideológicos de tais práticas, captados em sua historicidade, em sociedades concretas [9].

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio [10] considera que as necessidades podem funcionar como "*analisadoras*" das práticas de cuidado, dada a sua centralidade para o trabalho em saúde. Para ele, a integralidade operacionalizada nos serviços de saúde pode ser definida como "*o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível (...) necessidades sempre complexas, (...) captadas em sua expressão individual*".

Ao discutir a correspondência entre as necessidades de saúde e o arcabouço jurídico-político e institucional criado para atendê-las, Eduardo Navarro Stotz [11] propõe a utilização de um conceito normativo de necessidade que possa ser operacionalizado de modo a "exprimir a dialética do individual e do social".

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio [10] e Norma Fumie Matsumoto [12] propõem, inclusive, uma taxonomia para as necessidades de saúde, organizando-as em quatro grandes conjuntos: necessidades de boas condições de vida, de acesso a tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida, de criação de vínculos afetivos entre usuários e equipes de saúde e de autonomia, em graus sempre crescentes, de tal forma que essa autonomia *"implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta re-significação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, de forma mais ampla possível*".

Adotar essa taxonomia para leitura das necessidades de saúde dos usuários dos serviços de saúde, especialmente os vinculados à Atenção Básica, pode favorecer a reflexão dos

trabalhadores da saúde, de modo a reorientar a lógica do trabalho em saúde pela perspectiva da integralidade.

O Pacto da Saúde [1] faz referência a um conceito de necessidades que permite abrigar diferentes dimensões da realidade e dos sujeitos sociais envolvidos na construção da sociedade. Considera como necessidades as estimativas de demanda por ações e serviços de saúde, determinadas por pressões e consensos sociais provisórios, pelo estágio atual do desenvolvimento tecnológico do setor, pelo nível das disponibilidades materiais para sua realização e legitimadas pela população usuária do sistema e pelos atores relevantes na sua definição e implementação.

Embora reconheça que o SUS é "*herdeiro de práticas institucionais marcadas pela compra de serviços da iniciativa privada, orientada pelo interesse e pelo perfil da oferta dos mesmos*", o Pacto pela Saúde propõe redirecionar as ações de saúde de modo a responder às reais necessidades de saúde da população. Esse redirecionamento implica superar os enfoques utilitaristas marcados pelo viés subjetivo e individual, substituindo-os por **consensos normativos** sobre os níveis adequados de oferta de bens e serviços a serem providos pela ação setorial, tanto no campo da atenção como da promoção à saúde. Essa seria uma condição essencial para a elevação dos patamares de autonomia e ampliação das capacidades individuais e coletivas em busca da qualidade de vida e do bem-estar [1].

> *"A questão que se coloca quando se aceita a premissa de planejar com base nas necessidades de saúde pode ser então formulada a partir de* ***quem*** *estabelece tais adotadas várias abordagens e enfoques que integram diversas dimensões, sempre de caráter precário e fruto de consensos sociais (entre epidemiólogos, planejadores, gestores e, não por último, de representantes das sociedades científicas e da sociedade civil)" [1].*

Reconhece-se atualmente que

> *"há uma insuficiência teórica e metodológica no campo do planejamento em saúde, que não acumulou na maioria de suas áreas, conhecimento necessário para correlacionar os fatos do adoecer e morrer com as tecnologias e ações de saúde adequadas à modificação da situação identificada. Em nosso meio, pesquisas de avaliação tecnológica em saúde, bem como das metodologias de planejamento e programação, podem ser imputadas como parcialmente responsáveis por esse déficit conceitual" [1].*

O que se verifica na prática é que os conceitos mais crítico-emancipatório de necessidades em saúde, de fato, não se fazem presentes nos processos de trabalho da Atenção Básica. Uma pesquisa recente realizada junto aos trabalhadores das equipes de Saúde da Família para identificar processos de reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população de seu território concluiu que as concepções de necessidades relacionavam-se a agravos de saúde já instalados e más condições de vida [13]. Nas palavras da autora:

> *"em relação aos sentidos que norteiam a identificação e reconhecimento das necessidades de saúde, pode-se perceber a vinculação das*

necessidades de saúde à existência de algum agravo, seja ele de ordem somática ou psíquica. Compreende-se que isto decorre de um conceito de saúde ainda centrado na ausência de doença, cujo reducionismo pressupõe os sujeitos como um emaranhado morfológico e funcional, distante de suas realidades concretas".

Programas verticais, que não cobrem a ampla gama de necessidades dos diferentes grupos sociais de um determinado território, estão em contradição com a concepção crítico-emancipatória de necessidades, pois se baseiam na perspectiva reducionista e biológica da saúde e da doença. A interpretação da determinação social dos processos de saúde-doença põe em evidência a urgência de revitalizar as práticas em saúde para além dos eventos biológicos e patológicos [1].

A operacionalização de um conceito de necessidades no cuidado à saúde está estreitamente vinculada a princípios do SUS, em especial, aos conceitos de integralidade e eqüidade. Buscar a eqüidade diz respeito a promover "a superação de *desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas*" [10].

A identificação, interpretação e resposta às necessidades de saúde exige das equipes de saúde um conjunto de ações articuladas e complementares, que devem estar presentes "*no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde*(...)" [10].

Em 20 anos de SUS, os avanços são inequívocos, principalmente quando seus princípios originais foram cuidadosamente seguidos. As políticas de saúde no Brasil têm se consolidado sob os princípios da integralidade, da eqüidade e da participação popular. Em diferentes momentos, cada um deles recebeu maior atenção por parte dos gestores e maiores esforços foram empreendidos para sua implantação. Ainda há muitas questões que envolvem e obstaculizam a sua plena implantação, obstáculos esses representados, em boa parte, pela falta de uma política de formação e de educação permanente dos trabalhadores do SUS, articulada entre os diversos setores [14].

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília; 2006.

2. Breilh J, Granda E. Investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo, Instituto da Saúde/ Rio de Janeiro. Abrasco; 1986.

3. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED.(org.) Textos Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983. p.133-58.

4. Heller A . Teoría de las necessidades em Marx. Barcelona: Península; 1986.

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

6. Melo-Filho DA. Repensando os desafios de Ulisses e Fausto: a saúde, o indivíduo e a história. Cad Saúde Pública. 1995; 11(1).p. 5-33.

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

8. Bradshaw J. A taxonomy of social need. In: Maclachlan F. (org.) Problems and progress in medical care. London, Oxford University Press; 1972.

9. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limite e perspectivas. Cad Saúde Pública. 1994; 10 (1). p.80-91.

10. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante. In: Pinheiro R, Mattos RA (org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p.113-26.

11. Stotz EN. Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de Planejamento em Saúde) [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1991.

12 Matsumoto NF. A operacionalização do PAS de uma Unidade Básica de Saúde no município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das Necessidades de saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

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

14. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde. Brasília; 2008.

Perspectivas avaliativas das vulnerabilidades em saúde

Lúcia Yasuko Izumi Nichiata,
Renata Ferreira Takahashi
Maria Rita Bertolozzi

Um guia nada mais é que um roteiro, um itinerário possível. Neste capítulo faz-se um convite para que pesquisadores que não conhecem o conceito de V*ulnerabilidade* possam dele se aproximar, sugerindo um caminho para sua operacionalização. Para aqueles que já vem contribuindo com a produção do conhecimento tomando esta referencia conceitual, espera-se que venha somar ao debate e ao desafio de esclarecer as mediações, entre condições reais em que ocorrem processos de saúde e doença e de desenvolver estratégias de investigação, na perspectiva do aprimoramento das práticas de saúde.

O termo *vulnerabilidade* é recorrentemente utilizado na linguagem corrente e na literatura científica em saúde, no entanto, possui diferentes significados e aplicabilidade. Derivada do Latin, do verbo *vulnerare*, quer dizer "provocar um dano, uma injúria" [(1)] e, embora se confunda com o conceito de risco, considera-se que são distintos.

O conceito de risco em epidemiologia tem em seu núcleo principal a capacidade de se identificar associações entre eventos ou condições, patológicos ou não. Os estudos nesta perspectiva buscam, o "isolamento fenomenológico", ou seja, busca-se isolar o fenômeno, associando-se as variáveis dependentes e independentes, através de um controle rigoroso do grau de incerteza acerca do não acaso das associações estabelecidas. Segundo o autor, trata-se, portanto, de um processo analítico, onde se busca produzir um conhecimento objetivo a partir da associação de caráter probabilístico. Assim, o risco é identificado, descrito e analisado segundo a probabilidade de que um indivíduo de qualquer grupo exposto a um determinado agravo ou condição venha a também a pertencer a outro grupo, o dos "afetados" [(2)].

Já a *vulnerabilidade* tem como propósito a busca da "síntese", ou seja, trazer os elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimentos para planos de elaboração teórica mais concretas e particularizadas, onde os nexos e mediações entre esses fenômenos sejam o objeto do conhecimento sobre vulnerabilidade.

A vulnerabilidade não é só individual, embora atinja pessoas, mas, é de uma lógica em que está presente nas várias formas de relações econômicas, sociais, culturais e políticas da sociedade.

A vulnerabilidade quer expressar os potenciais existentes nos processos saúde e doença relacionados à indivíduos e grupos que vivem em um certo conjunto de condições históricas e sociais [(2)]. Enquanto os fatores de risco indicam probabilidades, a vulnerabilidade é um indicador da iniqüidade e da desigualdade social. Nesse sentido, a vulnerabilidade antecede ao risco e determina processos diferenciados de saúde e doença e as possibilidades para o seu enfrentamento [(3)].

Dito de outra maneira, na perspectiva da vulnerabilidade, a exposição e o enfrentamento dos agravos de saúde e mesmo acometimentos que levam a morte, resulta tanto de aspectos individuais como de contextos ou condições coletivas que produz maior suscetibilidade aos agravos e morte em questão.

A operacionalização da vulnerabilidade possibilita um modo de avaliar objetiva, ética e politicamente as condições de vida que tornam indivíduos e grupos expostos ao problema e os elementos que favorecem a construção de alternativas reais para o seu enfrentamento [4]. É importante destacar que no sentido da vulnerabilidade está contido, simultaneamente, a resistência e capacidade criadora dos indivíduos e grupos para superação.

A relação *vulnerabilidade/empoderamento* (*empowerment*) é indissolúvel, uma e outra são necessariamente interdependentes [3]. Alguém ou algum grupo social está mais ou menos vulnerável na medida em que há condições de *empowerment*.

Tomando como exemplo a análise da infecção pelo HIV/aids, um estudo sugere que seja analisada segundo três dimensões de determinação: individual e coletiva, esta última compondo aspectos programático e social [4].

A dimensão individual refere-se ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos possuem sobre os problemas de saúde, a elaboração dessas informações e sua aplicação na prática. Busca-se avaliar o grau de vulnerabilidade individual à agravos e doenças questionando-se as pré-condições para que se possa diminuí-la e quais delas ainda não foram atendidas; até que ponto é possível diminuir esta vulnerabilidade; o que é possível fazer para gerar mudanças sociais necessárias à diminuição da vulnerabilidade; como as atitudes individuais e coletivas podem facilitar essas mudanças.

A dimensão coletiva, no plano programático ou institucional, diz respeito à avaliação dos programas para responder ao controle dos agravos, além do grau e a qualidade do compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção. Diz respeito às políticas públicas de enfrentamento dos agravos e doenças, das metas e ações propostas nos programas, da organização e da distribuição dos recursos para prevenção e controle.

Busca-se responder neste plano se há reconhecimento pelas autoridades governamentais sobre o problema; a existência em ações efetivamente propostas e coerentes com uma política geral para o problema; existência de parcerias entre Estado e sociedade civil; definição de objetivos, metas estratégicas, critérios de avaliação; alocação, formação e supervisão, recursos e mecanismos para o enfrentamento do problema; existência de bases racionais e democráticas para a definição dos conteúdos dos programas; existência de serviços e insumos com cobertura e qualidade adequadas; presença de fonte de financiamento suficiente, estável; condições de garantias e estratégias de continuidade; monitoramento e avaliação do desenvolvimento do programa.

Por fim, a dimensão social que avalia dados gerais de condições de vida de uma dada população, tais como acesso a meios de comunicação, grau de escolaridade, poder de participar nas decisões políticas e nas instituições, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, etc. Pode ser avaliado segundo indicadores de acesso à informação; gastos com serviços sociais e de saúde; acesso aos serviços de saúde; mortalidade infantil e antes dos

cinco anos; situação da mulher; autonomia; relação entre as despesas militares e gastos com educação e saúde; índices de desenvolvimento humano e outros.

Como sugere Richard Parker [5], no caso do HIV/aids, talvez a mais importante transformação na maneira de pensar sobre este agravo tenha sido o esforço de superar a noção de grupo de risco, risco individual para uma nova compreensão de vulnerabilidade social, coletividade, passagem crucial para compreender a epidemia e para qualquer estratégia capaz de conter o seu avanço.

No âmbito das práticas exige-se a adoção de um marco referencial diverso do utilizado historicamente pela saúde pública, que se apóia no conceito de risco, tradicionalmente tratado pela Epidemiologia Clássica [6]. Sem negar o modelo biológico tradicional, na perspectiva da vulnerabilidade privilegia-se como unidade analítica o plano do coletivo, cuja estrutura é marcada por um referencial ético-filosófico, (que busca a interpretação crítica dos fenômenos). A vulnerabilidade amplia o horizonte para além da abordagem que se restringe à responsabilidade individual, que é empregada, tradicionalmente nos estudos que analisam o papel da pessoa na trama de causalidade do processo saúde e doença. Ademais, incorpora exatamente a autonomia dos indivíduos e grupos, ou pelo seu *empowerment*, que possam ser de fato, "sujeito de sua vida" [7].

Além disso, esta abordagem pode ser especialmente útil para a formulação das políticas de saúde, necessariamente um convite no sentido da renovação das práticas de saúde através do trabalho com diferentes setores da sociedade e de diferentes áreas do conhecimento [6].

Na análise da vulnerabilidade, sugere-se considerar os seguintes questionamentos:

a) Qual é a vulnerabilidade dos indivíduos e famílias às doenças e agravos num dado território?

b) O que fazer para diminuir a vulnerabilidade dos indivíduos e famílias às doenças e agravos num dado território?

c) O que vem sendo realizado para diminuir esta vulnerabilidade?

d) Como podemos diminuir a vulnerabilidade às doenças e agravos num dado território, mediante ações que provoquem mudanças nos serviços de saúde?

e) Como podemos diminuir a vulnerabilidade mediante ações que provoquem o reconhecimento dos indivíduos e famílias em relação a sua vulnerabilidade com vistas a sua proteção?

f) Como podemos diminuir a vulnerabilidade às doenças e agravos num dado território, mediante ações que provoquem mudanças sociais no seu território e comunidade?

Uma síntese dos marcadores que se sugere considerar na análise da vulnerabilidade, em suas três dimensões, encontram-se reunidas no Quadro 1 [2,4,8].

Quadro 1. Marcadores da vulnerabilidade às doenças e agravos num dado território.

Individual (individuo /famílias)

- Perfil demográfico;
- Estrutura e dinâmica familiar;
- Condições de vida
- Condições de trabalho;
- Relações sociais (amizade, afetivas, sexuais, profissionais, de suporte e apoio etc);
- Perfil morbi-mortalidade;
- Conhecimento e significados
- Comportamentos e atitudes.
- Crenças e valores.

Programático

- Política de Saúde;
- Planejamento e avaliação das metas e ações;
- Sustentabilidade da política;
- Controle social e participação na execução da política;
- Sustentabilidade política, institucional e material;
- Estrutura e organização dos serviços de saúde;
- Operacionalização das ações;
- Práticas inter e multi setoriais;
- Enfoque multidisciplinar;
- Busca pela efetivação dos princípios inscritos na política.

Social

- Recursos e ações na comunidade: escolas, áreas de lazer, organizações sociais, atividades profissionalizantes, programas de inclusão social, formas de agregação e lideranças comunitárias;
- Acesso às políticas públicas (saúde, educação, segurança, justiça, cultura, lazer, esporte, mídia, informação etc)
- Participação política e exercício da cidadania;
- Referências culturais, de gênero, gerações;
- Normas e crenças religiosas;

Os pesquisadores do Grupo “Vulnerabilidade, adesão e necessidades de saúde”[14], cadastrado no CNPq e do Núcleo de Apoio às Atividades de Cultura e Extensão Enfermagem em Saúde Coletiva: Assistência de Enfermagem em Saúde Coletiva[15] consideram que há diferenças na vulnerabilidade dos indivíduos e grupos sociais e constitui um desafio contínuo, explicitar e discutir os determinantes e as condições em que esta se processa, tendo como finalidade subsidiar as políticas públicas sociais, em particular as de saúde. Nesse sentido, vem desenvolvendo investigações que tratam de avaliar os efeitos potencializadores da saúde e a vulnerabilidade às doenças e agravos de indivíduos e grupos sociais, particularmente na direção da construção de marcadores que operacionalizem o conceito [6,8-13].

Os pesquisadores fazem o convite para que outros busquem ampliar e aprofundar o conceito de Vulnerabilidade em saúde e esclarecer os elementos que melhor o traduza.

Referências

1. Delor F, Hupert M. Revisiting the concept of vulnerability. Soc Sci Med. 2000; 50:1557-70.
2. Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho, França Jr. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos et al, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. Hucitec; 2008.
3. Ayres JRCM, França Jr, Calazans GJ. AIDS, vulnerabilidade e prevenção. II Seminário Saúde Reprodutiva em tempos de aids; 1997.
4. Mann J, Tarantola DJM, Netter TW, organizadores. Aids in the word. Harvard University Press; 1992.
5. Parker R. Na contramão da aids: sexualidade, intervenção, política. Abia; 2000.
6. Muñoz Sánchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? Cienc & Saúde Coletiva. 2007; 12(2): 319-24.
7. Paiva V, Peres C, Blessa C. Jovens e adolescentes em tempos de aids:reflexões sobre um década de trabalho de prevenção. Rev Psicol USP. 2002; 13(1):55-78.
8. Takahashi RF. Marcadores de vulnerabilidade a infecção, adoecimento e morte por HIV e aids [tese Livre-Docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
9. Takahashi RF, Oliveira MAC. A operacionalização do conceito de vulnerabilidade no contexto da saúde da família. IDS/Ministério da Saúde; 2001.
10. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RFT, Fracolli LA. A utilização do conceito de vulnerabilidade pela enfermagem. 2008; 16(5):923-8.
11. Nichiata LYI, Gryschek ALFPL; Ciosak SI; Takahashi RF. DST e AIDS. In: Borges, ALV, Fujimori E, editoras. Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica. Barueri: Manole; 2008. p.370-411.
12. De La Torre-Ugarte-Guanilo MC. Vulnerabilidade feminina ao HIV: metasíntese [dissertaçao]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
13. Bertolozzi MR, Takahashi RFT, Nichiata LYI. Vulnerabilidades em saúde do adulto. Programa de Atualização em Enfermagem Saúde do Adulto/PROENF. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2008 (no prelo).
14. Endereço eletrônico: http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional/detalhegrupo.jsp?grupo=0067404B76GRQY

15. Endereço eletrônico:: http://www.ee.usp.br/departamento/ens/nace/

O projeto Necessidades em Saúde

Emiko Yoshikawa Egry
Anna Maria Chiesa
Célia Maria Sivalli Campos
Dora Mariela Salcedo Barrientos
Eunice Nakamura
Lislaine Aparecida Fracolli
Lúcia Yasuko Izumi Nichiata
Maria Amélia de Campos Oliveira
Maria Júlia Barbosa de Moraes
Maria Rita Bertolozzi
Regina Lúcia Herculano Faustino
Renata Ferreira Takahashi
Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca
Sayuri Tanaka Maeda
Suely Itsuko Ciosak

Intitulado “Limites e possibilidades dos sistemas de saúde locais no reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população: o PSF no Município de São Paulo”, o presente projeto sediado no Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo teve como instituições parceiras a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) e o Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP) por meio de seus pesquisadores e colaboradores.

As necessidades de saúde referem-se às múltiplas dimensões do real e dizem respeito à singularidade dos fenômenos de saúde ou doença que afetam os indivíduos e suas famílias, a particularidades dos processos de produção e reprodução dos distintos grupos sociais e aos processos mais gerais de estruturação da sociedade [1-2].

Agnes Heller [3] distingue as necessidades humanas em necessidades existenciais ou de conservação da vida e necessidades propriamente humanas. As primeiras incluem as necessidades de alimentação, necessidade sexual, de contato social e cooperação, relativas, portanto, à autoconservação e à preservação da espécie, embora nem por isso possam ser consideradas “naturais”, porque são produzidas em contextos sociais. Já as segundas, incluem a liberdade, a autonomia, a auto-realização, a atividade moral e a reflexão, entre outras. Identifica ainda um conjunto de necessidades próprias do capitalismo, as necessidades alienadas, tais como: dinheiro, poder e posse de objetos. Todo trabalho humano tem como finalidade a satisfação de necessidades. A intencionalidade presente nos processos de trabalho não é individual, mas social, de tal modo que o trabalho orienta-se para as necessidades sociais que o justificam [4].

Tal como as demais necessidades humanas, as de saúde são social e historicamente determinadas. Situam-se entre natureza e cultura, ou seja, não dizem respeito tão somente à conservação da vida, mas, à realização de um projeto em que o indivíduo, ponte entre o particular e o genérico, progressivamente humaniza-se [5].

Como prática social, o cuidado organiza-se para atender às necessidades de saúde.

Entretanto, as práticas de cuidado podem ou não corresponder às necessidades concretas dos grupos sociais [6]. Segundo as autoras citadas, as relações entre as necessidades de saúde e as práticas de cuidado podem ser apreendidas com base nos significados econômicos, políticos e ideológicos de tais práticas, captados em sua historicidade, em sociedades concretas. Podem ser apreendidas ainda pelos resultados que produzem, ou seja, da capacidade de produzir modificações nos perfis de saúde-doença de uma dada população. Esta segunda perspectiva remete à compreensão e avaliação das características e dos resultados das práticas em saúde em função de sua utilidade, viabilidade, exatidão e ética.

Ao discutir a correspondência entre necessidades de saúde e o arcabouço jurídico-político e institucional criado para atendê-las, propõe que se utilize um conceito normativo de necessidade que possa ser operacionalizado de modo a "exprimir a dialética do individual e do social" [7].

Considerando a centralidade das necessidades para o trabalho em saúde, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio [8] reflete que as necessidades podem funcionar como "*analisadoras*" das práticas em saúde, visto que, para o autor, a integralidade operacionalizada nos serviços de saúde pode ser definida como "o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível (...) necessidades sempre complexas, (...) captadas em sua expressão individual". Para tanto, adota uma taxonomia para as necessidades de saúde, organizando-as em quatro grandes conjuntos: necessidades de "boas condições de vida", de acesso a tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida, de criação de vínculos afetivos entre usuários e equipes de saúde e de autonomia em graus sempre crescentes, de tal forma que essa autonomia "implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, de forma mais ampla possível" [8-9] .

O reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde estão estreitamente vinculados a princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, aos conceitos de integralidade e equidade, na medida que implicam por parte das equipes de saúde o esforço de tradução e atendimento a necessidades, exigindo ações articuladas e complementares, "no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde outros" [8].

Ressalta-se que, da perspectiva da equidade, o atendimento às necessidades de saúde da população implica ações diferenciadas, considerando-se que a equidade seria "a superação de desigualdades que, consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas" [8].

Assim, nas palavras de Edir Nei Teixeira Mandú & Maria Cecília Puntel de Almeida [10]:

> *pensar a questão das necessidades em saúde e o modo como orientam o trabalho nesse campo requer a consideração ao modo como, no nosso sistema social, se apresentam tais necessidades... Isto implica considera dois planos distintos: o da criação/satisfação social das necessidades humanas e o da relação do trabalho em saúde com o sistema de necessidades.*

De acordo com os autores, o entendimento da organização e funcionamento de sistemas e práticas locais em termos das possibilidades de reconhecimento e enfrentamento de

necessidades de saúde torna-se fundamental a compreensão do modo como a organização tecnológica do trabalho em saúde articula-se à realidade de um dado território. Visando à compreensão da dinâmica e dos mecanismos envolvidos nos processos de trabalho, serão objetos deste estudo a organização da estrutura, o funcionamento de sistemas locais de saúde e as experiências concretas de gestores, gerentes e trabalhadores das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), Supervisões de Área de Saúde de Campo Limpo (Distritos Administrativos de Campo Limpo, Capão Redondo e Vila Andrade) e Butantã (Distritos Administrativos de Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno e Vila Sônia) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no Município de São Paulo.

A pesquisa será realizada por um grupo de docentes e pesquisadores do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP, com vasta experiência em pesquisas sobre necessidades de saúde e PSF. Contará, também, com a participação do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP) e da SMS-SP, como instituições parceiras, em todas as etapas de elaboração e desenvolvimento deste projeto por meio de seus pesquisadores e dos sujeitos de pesquisa, representados pelos trabalhadores das unidades de saúde. O envolvimento dessas instituições, tanto no sistema local de saúde como na formação e capacitação profissional, possibilitará a discussão e adequação dos resultados obtidos à realidade dos serviços de saúde, contribuindo também para que os indicadores elaborados a partir do estudo possam ser incorporados aos processos de trabalho na área.

Justificativa

A implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil tem esbarrado no modo como os sistemas e as práticas de saúde organizam-se no nível local, para o atendimento às necessidades de saúde da população, dificultando a afirmação de princípios básicos do SUS, como universalidade do acesso, equidade, integralidade, resolubilidade, descentralização e controle social.

A possibilidade de organização dos sistemas de saúde está vinculada a fatores de ordem política (estrutura e gestão do sistema, financiamento, participação e controle social), administrativa e gerencial (planejamento e organização de recursos materiais e humanos), socioeconômica (condições de vida, trabalho, renda e capacidade reprodutiva das populações) e culturais (valores, crenças, comportamentos e práticas da população e dos profissionais de saúde), entre outros.

O reconhecimento desses fatores é essencial para que se compreenda de que forma os sistemas de saúde e, mais especificamente, os processos de trabalho em saúde, estruturam-se para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população. A análise dos desafios à implantação do SUS pressupõe, portanto, a consideração desses múltiplos fatores, na medida que “o acesso a saúde envolve aspectos que extrapolam a assistência à saúde. Nela atuam fatores sócio-econômicos e culturais que interagem com aspectos intersetoriais ligados à própria estrutura política de cada país.” (11).

Outros estudos têm apontado como problemas: a descentralização, o financiamento em termos do montante de recursos disponíveis e a estabilidade e tipos de fontes de recursos e o controle social, como elementos limitantes ao processo de consolidação do SUS e de seus princípios básicos (12). O mesmo autor ressalta, também, que a exclusão social é um dos principais desafios do SUS, na medida que as iniquidades sociais se reproduzem nas políticas públicas (13).

A compreensão desse conjunto de problemas exige uma distinção, na análise dos sistemas de saúde, entre estrutura ("de um discurso sobre o que deveria ser ou sobre aquilo que se pretende estruturar") e funcionamento ("aquilo que realmente é"). A análise do funcionamento concreto de serviços de saúde deve estar articuladas a "um conjunto objetivando atender às necessidades socialmente demandadas em relação à saúde". É neste aspecto que a esfera municipal, expressa em ações nos níveis locais, torna-se instância privilegiada de análise, na medida que compete a essa esfera a formulação da política municipal de saúde, a provisão das ações e serviços de saúde [12].

A análise de sistemas locais de saúde, como proposto neste estudo, deverá permitir a compreensão do modo como serviços e processos de trabalho em saúde estruturam-se frente às necessidades de saúde da população atendida em um dado território de abrangência. A ênfase nos processos de trabalho e práticas em saúde irá possibilitar um olhar que não se detém às estruturas formais de organização do sistema. As estratégias e práticas de gestão, gerenciais e profissionais podem ser assim reveladas, mediante um processo dinâmico de interação entre experiência e prática profissional e necessidades de saúde, segundo as realidades particulares vividas pelas populações.

Nesse contexto, ressalta-se a importância do Programa de Saúde da Família (PSF) cuja estratégia de implantação encontra-se estreitamente vinculada ao objetivo de organização da prática assistencial num dado território, operando mudanças institucionais e estabelecendo novas formas de gestão para incorporar e implementar, na prática, princípios e diretrizes do SUS [14-16].

Na proposta de construção do SUS, o PSF surge como uma possibilidade de mudança do âmbito dos serviços de saúde e do modelo de atenção.

Este olhar integrado sobre sistemas, serviços e práticas de saúde vem preencher uma lacuna atualmente existente em análises sobre o desempenho dos sistemas de saúde no seu conjunto, em termos de sua efetividade e eficiência [17].

Segundo os autores citados, a idéia de integração de serviços na análise de efetividade e eficiência dos sistemas de saúde pressupõe o abandono do campo estritamente corporativo e hospitalar, enfatizando-se "a atenção ambulatorial ou domiciliar e a trajetória dos pacientes no continuum dos cuidados" [17].

As práticas em saúde devem ser avaliadas em função das seguintes características: disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acesso, equidade); efeito ou resultados das ações (eficácia, efetividade e impacto sobre os perfis saúde-doença); custos (eficiência); adequação das ações ao conhecimento técnico (qualidade) e percepção dos usuários (satisfação e aceitabilidade) [6].

Tomando como referencial teórico e analítico, os autores mencionados e questões por eles apontadas, mais diretamente relacionadas aos temas de necessidades em saúde, organização e funcionamento de sistemas e práticas em saúde, processos de trabalho. A pesquisa buscará compreender como se identificam e são enfrentadas as necessidades de saúde das populações atendidas por equipes do PSF, identificando, ao mesmo tempo, aspectos essenciais à consolidação do SUS. Complementa-se, assim, uma análise da perspectiva política e estrutural com um estudo mais detalhado das práticas, instrumentos e estratégias adotadas no reconhecimento e atendimento dessas necessidades.

Objetivos gerais

Identificar nos processos de trabalho do PSF as formas e os instrumentos para o reconhecimento e enfrentamento de necessidades em saúde da população do território;

Construir indicadores de necessidades em saúde a serem utilizados no planejamento local e ações inter-setoriais.

A consecução destes objetivos dar-se-á por meio do desenvolvimento de subprojetos, de modo a garantir análises mais detalhadas sobre determinados temas – integralidade, resolubilidade, equidade e acesso, entre outros – fornecendo ferramentas de gestão e monitoramento que contribuam para tornar mais eficazes as práticas de saúde voltadas ao atendimento das necessidades de saúde da população.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo das formas de lidar com as necessidades em saúde da população atendida pelos PSF em um dado território, com análise comparativa entre unidades do PSF a respeito dos limites e possibilidades no reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde, utilizando para tanto de metodologia quantitativa e qualitativa. As categorias de análise deste estudo são: processo de trabalho assistencial e gerencial; perfil epidemiológico da população; necessidades em saúde e planejamento local.

As fontes dos dados primários e secundários são conformadas por:

• caracterização da estrutura de organização e funcionamento das Unidades de Saúde da Família do Campo Limpo e Butantã;

• perfil socioeconômico e epidemiológico da população atendida no território de abrangência dos serviços pesquisados;

• caracterização da força de trabalho dos trabalhadores do PSF;

• processos de trabalho assistencial, de planejamento e gestão;

• metas institucionais e fontes de recursos financeiros para o desenvolvimento das ações do PSF.

Os sujeitos desta investigação são: os gestores, os gerentes das unidades, os trabalhadores das equipes do PSF do cenário de pesquisa. Tratando-se de pesquisa com seres humanos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EE-USP, seguindo a Resolução 196/96 do CONEP, sob o número 563/2007 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

O cenário de pesquisa bem como a descrição da realidade objetiva dos serviços encontram-se nos capítulos 2.2. e 2.3.

Em relação aos equipamentos de saúde, na Supervisão de Área do Campo Limpo há 21 Unidades Básicas de Saúde, nas quais se encontram implementados o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (dados de dezembro de 2005), totalizando 124 equipes, o que representa um quantitativo aproximado de 70 médicos, 70 enfermeiros, 140 auxiliares de enfermagem e 284 agentes comunitários de saúde. Na Supervisão de Área do Butantã, há 14 Unidades Básicas de Saúde, das quais quatro possuem implementado o Programa Saúde da Família, totalizando 19 equipes, 16 médicos, 19 enfermeiros, 34 auxiliares de enfermagem e 114 agentes comunitários de saúde. (dados do início de 2007)

A seguir, o quadro apresenta os objetivos, etapas do estudo, instrumentos e sujeitos de

cada subprojeto.

Subprojeto A

Objetivos

descrever as características dos processos de trabalho do PSF, em termos das práticas e instrumentos utilizados para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população e suas vulnerabilidades.

Etapas do estudo

A metodologia utilizada neste subprojeto utilizará como base o momento de captação da realidade objetiva descrito na Tipesc (Teoria da Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva) para o reconhecimento do perfil da organização, estruturação do trabalho em saúde e do perfil de saúde-doença da população, segundo a situacionalidade, historicidade, dinamicidade e articulação dialética ao processo produtivo.

Etapas:

a) caracterização da estrutura de organização e funcionamento das Unidades de Saúde da Família;

b) identificação e descrição de programas e atividades assistenciais e das práticas profissionais, que permitem o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população;

c) caracterização do perfil socioeconômico e epidemiológico da população atendida no território de abrangência dos serviços pesquisados;

d) descrição de instrumentos utilizados no reconhecimento das necessidades da população

Instrumentos da pesquisa

a) Questionários para identificação do serviço de saúde adaptado de Emiko Yoshikawa Egry [19,20]: das atividades de infraestrutura; das atividades de complementação de diagnóstico e tratamento; dos programas e atividades assistenciais; da constituição da força de trabalho e suas características;

b) Questionário para identificação dos instrumentos utilizados pelas equipes do PSF para captação das necessidades da população atendida;

c) Observação etnográfica de processos de trabalho nos serviços pesquisados e entrevistas com informantes-chave: opiniões a respeito das populações atendidas, da comunidade e do seu entorno, principais problemas detectados (de indivíduos e comunidade), como os problemas são discutidos na equipe e formas de encaminhamento, mediante ações propostas.

Sujeitos da Pesquisa

a) Os questionários (para identificação dos serviços e dos instrumentos) serão aplicados em UBS com PSF das Supervisões de Área do Campo Limpo e Butantã;

b)Observação etnográfica de reuniões ou outras atividades envolvendo equipes do PSF em, pelo menos, uma UBS, em cada Distrito Administrativo; também, poderá ser identificado, nas equipes acompanhadas, pelo menos, por um informante-chave para as entrevistas.

Análise

Os questionários serão codificados, tabulados e receberão tratamento estatístico. As observações e entrevistas serão gravadas, as fitas transcritas e submetidas à técnica de

análise de discurso [21].

Subprojeto B

Objetivos

conhecer as práticas de gerência utilizadas no PSF para identificar e responder às necessidades da população, na perspectiva da equidade e da promoção da saúde.

Etapas do estudo

A vertente metodológica utilizada nesse subprojeto é a da pesquisa social, na perspectiva qualitativa, tendo como base de análise dos dados a vertente dialética, pois não se compreende a mudança no processo de trabalho dos serviços de saúde sem levar em conta o processo histórico em seu dinamismo, provisoriedade e transformação social.

Etapas

a) Identificação das concepções dos gerentes sobre as necessidades de saúde na área de abrangência da UBS e sua relação com as práticas gerenciais, além de abarcar as concepções sobre equidade;

b) Identificar os "nós críticos" da realidade, contribuindo para elaboração de formas de superação dos problemas.

Instrumentos da pesquisa

Entrevistas para identificar as necessidades de saúde da população adstrita à UBS; tipo de recursos ou instrumentos utilizados para identificar tais necessidades de saúde; de que forma a UBS responde a essas necessidades de saúde da população.

Sujeitos da Pesquisa

Serão entrevistados gerentes de unidades da região de estudo. Dos respondentes a serem selecionados, sugere-se que metade tenha tido algum tipo de formação em saúde coletiva ou gerência e a outra metade não tenha formação nessas áreas.

Análise

As entrevistas serão gravadas e as fitas transcritas. Os discursos serão analisados por meio da técnica de análise temática [18] , permitindo identificar "nós críticos" da realidade e contribuindo para a elaboração de formas de superação dos problemas.

Subprojeto C

Objetivos
contribuir para a construção de indicadores socioeconômicos e de produção para a organização e avaliação da gestão local de saúde.

Etapas do estudo
O estudo privilegiará o custo das atividades globais desenvolvidas por equipes e por serviço do PSF, com ênfase na atenção à saúde da mulher. A mensuração e o impacto das intervenções em atenção básica são valorados em um conjunto de ações para o alcance dos resultados, mediados pelo fator tempo e integrando diversas tecnologias, geradoras de êxito nos cuidados. Inicialmente, apoiar-se-á, na metodologia clássica para definição e apropriação das variáveis utilizados na apuração de custos em Programa de Saúde da Família (disponível no site do Ministério da Saúde, 2001). A partir destes dados, serão formatados outros marcadores de avaliação de atividades desenvolvidas.

Etapas
a) Caracterização da forma e fontes de financiamento das unidades de Programa de Saúde da Família implementados na área de estudo;
b) Apropriação dos custos de produção de serviços, por unidades de Programa de Saúde da Família;
c) Classificação dos custos por categorias de despesas, investimento e custeio, por unidade de serviço de PSF;
d) Estimativa de custo per capita por área de cobertura por unidade de serviço do Programa de Saúde da Família.

Instrumentos da pesquisa
a) Fontes de dados secundários: documentos técnico-administrativos da Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (coordenação e controle de repasse de recursos financeiros às instituições parceiras, sob os termos de convênio; repasses distintos de governo federal, contrapartida municipal em relação ao valor transferido e, eventualmente, da esfera estadual); DATASUS (perfis de produção ambulatorial); Documentos técnico-administrativos das Subprefeituras de Santo Amaro e do Butantã (documentos comprobatórios e fiscais fornecidos pela gerência das UBSs para organizar informações sobre recursos utilizados – água, energia, telefonia, correio, transporte e outros)
b) Planilha contendo os seguintes itens de custo: salário e encargos sociais por equipe e pessoal envolvido na administração da unidade; medicamentos; material de consumo de assistência médico-odontológica; materias permanentes; exames de imagem, gráficos e clínico-laboratoriais; despesas administrativas; investimentos; custos relativos à depreciação (prédio, veículos se houver, equipamentos de informática e outros).

Sujeitos da Pesquisa
Gerentes das Unidades de PSF, assessor financeiro da Coordenação da Atenção Básica da SMS-SP, outros profissionais que possam fornecer dados de produção e físico-financeiros.

Análise

A análise será realizada a partir dos dados captados em observação e registro documental, os quais serão inseridos em um banco de dados, organizados em planilhas, para cada uma das atividades propostas.

Referências

1. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, orgamizador. Textos Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983. p. 133-58.

2. Breilh J; Granda E. Investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo, Instituto da Saúde/ Rio de Janeiro: ABRASCO; 1986.

3. Heller A. Teoría de las necessidades em Marx. Barcelona: Península; 1986.

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

5. Melo-Filho DA. Repensando os desafios de Ulisses e Fausto: a saúde, o indivíduo e a história. Cad Saúde Pública.1995; 11(1):5-33.

6. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limite e perspectivas. Cad Saúde Púbica. 1994; 10(1):80-91.

7. Stotz EN. Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de Planejamento em Saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz;1991.

8. Cecílio LCO. As necessidades de Saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2001. p. 113-26.

9. Matsumoto NF. A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do Município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

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

11. Unglert CV. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. Rev Saúde Pública. 1990; 24(6):445-52.

12. Elias PE. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil. In: Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez/Cedec; 1999. p. 59-119.

13. Elias PE. Estado e Saúde. Os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo Perspec. 2004; 18 (3): 41-6.

14. Solla J. Organizando o SUS a partir do PSF. Rev Brasileira de Saúde da Família. Ed. Especial; 2004; (7):7-8.

15. Teixeira CF. Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. Rev Brasileira de Saúde da Família. Ed. Especial. 2004; (7):10-21.

16. Nascimento MS, Nascimento MA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. Cienc & Saúde Col. 2005; 10(2):333-45.

17. Hartz ZM, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad Saúde Pública. 2004; 20 Supl 2: 5331-6.

18. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

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

20. Egry EY. Instrumento para captação da realidade objetiva. São Paulo: EEUSP; 2001. / mimeo/. 9 p.

21. Fiorin JL. Elementos de análise do discurso. São Paulo: Contexto; 2005.

Cenário Capão Redondo

Eunice Nakamura
Regina Lúcia Herculano Faustino
Maria Júlia Barbosa de Moraes
Thiago de Castro Menezes
Paula Hino
Emiko Yoshikawa Egry

Introdução

O entendimento da organização e funcionamento de sistemas e práticas locais em termos das possibilidades de reconhecimento e enfrentamento de necessidades de saúde é fundamental para a compreensão do modo como os processos de trabalho em saúde se articulam à realidade de um dado território. É, por esta razão, que as diferentes realidades em que ocorre a atuação das equipes de saúde deve ser conhecida, para que se possa compreender, também, em que contextos verificam-se os processos de trabalho.

Nessa perspectiva, neste estudo são apresentadas algumas características socioeconômicas e a situação geral de saúde da população da Supervisão de Área de Saúde de Campo Limpo, mais especificamente, do Distrito Administrativo de Capão Redondo e a Subprefeitura do Butantã no Município de São Paulo, tomado como um dos cenários do Projeto "Limites e possibilidades dos sistemas de saúde locais no reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população: o PSF no Município de São Paulo", realizado por docentes da Escola de Enfermagem da USP, em parceria com docentes do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP).

Os cenários: a Subprefeitura do Campo Limpo e o Distrito de Capão Redondo

A Subprefeitura de Campo Limpo localiza-se na região sul do Município de São Paulo e reúne os distritos administrativos de Campo Limpo, Capão Redondo e Vila Andrade (Figura 1), que constituem uma área de 36,7 km^2 [(1)].

Figura 1- Localização da Subprefeitura do Campo Limpo no Município de São Paulo e seus respectivos Distritos Administrativos

Na Figura 2, verifica-se que a população da Subprefeitura do Campo Limpo, estimada em 2008 de 0 a 4 anos, em 54.395 habitantes (28.005 homens e 26.390 mulheres); de 5 a 9 anos em 53.833 (27.444 homens e 26.389 mulheres); de 10 a 14 anos em 48.130 (24.493 homens e 23.637 mulheres); de 15 a 19 anos em 46.088 (23.278 homens e 22.810 mulheres); de 20 a 49 anos em 276.445 (134.371 homens e 142.074 mulheres); de 50 a 59 anos em 50.663 (24.247 homens e 26.416 mulheres); de 60 a 69 anos em 22.834 (10.523 homens e 12.311 mulheres); de

70 anos ou mais em 12.840 (4.900 homens e 7.940 mulheres), totalizando 565.228 moradores (277.261 homens e 287.967 mulheres) [(1)].

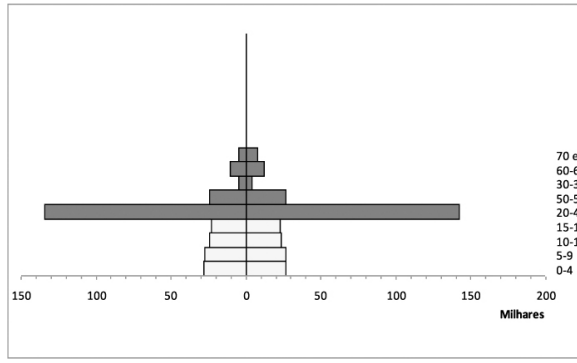


Figura 2- Pirâmide populacional da região do Campo Limpo, segundo sexo e faixa etária

Na distribuição da população, segundo faixa etária e sexo, observa-se uma elevada concentração de crianças de 0 a 4 anos, assim como de jovens, tanto homens como mulheres

na faixa etária de 20 a 49 anos, com tendência à diminuição nas faixas etárias mais elevadas (Figura 2).

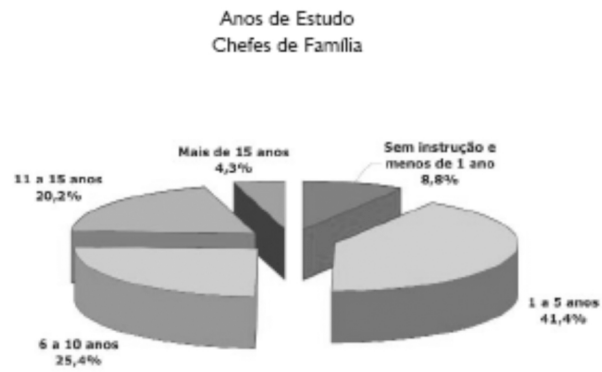
A atividade econômica de maior destaque é o comércio seguido de serviços e indústria. Com relação à renda dos chefes de família chama a atenção o fato de 55,96% receberem até cinco salários mínimos (Tabela 1).

Rendimento Chefes de Família	% Campo Limpo	% MSP
Sem Rendimento	13,94	10,43
Até 5 Salários Mínimos	55,96	47,55
Mais de 5 a 20 Salários Mínimos	24,16	32,58
Mais que 20 Salários Mínimos	5,94	9,44
Rendimento Médio dos Chefes de Família (R$)	1.035,47	1.325,43

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Censo Demográfico 2000

Tabela 1- Rendimento dos chefes de família da região do Campo Limpo

A taxa de analfabetismo de 7,1% é considerada elevada, quando comparada aos 4,9% no município de São Paulo. Apenas 40,1% dos chefes de família concluíram o ensino fundamental e 23,6% possuem ensino médio completo. A média de anos de estudo é de 6,5 anos. Em relação a anos de estudo dos chefes de família, o Gráfico 1 ilustra a situação encontrada na região de Campo Limpo.



Fonte: Fundação SEADE, 2004

Gráfico 1- Anos de estudo dos chefes de família na região do Campo Limpo

Em relação aos equipamentos de saúde, a região do Campo Limpo possui apenas um hospital municipal, com 257 leitos SUS e 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS) [2]. Em 2007, o número de nascidos vivos foi de

9.322; a proporção de gestação em adolescentes 15,2% [1]. Os óbitos em menores de um ano representaram 5,4% de seu total, enquanto óbitos de 60 anos e mais representaram 51,6%.

A Tabela 2 apresenta a distribuição de óbitos, segundo causa e sexo para 2007.

Causa (Cap CID-10)	Masculino	Feminino	Total
TOTAL	1.192	915	2.107
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	55	47	102
II. Neoplasias (tumores)	207	189	396
III. Doenças sangue	4	5	9
IV. Doenças endócrinas	40	36	76
V. Transtornos mentais	9	3	12
VI. Doenças do sistema nervoso	26	31	57
IX. Doenças do aparelho circulatório	349	341	690
X. Doenças do aparelho respiratório	114	86	200
XI. Doenças do aparelho digestivo	76	43	119
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	2	3
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1	7	8
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	15	23	38
XV. Gravidez, parto e puerpério	-	1	1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	43	27	70
XVII.Malf cong, deformid e anomalias cromossômicas	11	17	28
XVIII.Sint sinais e achad anorm, ex clín e laborat	23	15	38
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	218	42	260

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - Município de São Paulo, 2007

Tabela 2 – Distribuição dos óbitos masculino e feminino segundo causa. Campo Limpo, 2007

Ainda com relação aos dados gerais de saúde, destaca-se o porcentual elevado encontrado para óbitos masculino por causas externas. Ao analisar a mortalidade por causas externas, verifica-se que esta é a segunda causa de morte na Supervisão de Saúde de Campo Limpo, e os agravos de maior prevalência são: em primeiro lugar, homicídios; em segundo lugar, acidentes de trânsito e transporte. A análise dos óbitos por sexo revela maior incidência de mortes em indivíduos do sexo masculino. Já no sexo feminino, os acidentes de trânsito têm o mesmo impacto que os homicídios, mas representam apenas 10% do total de homicídios e 40% dos acidentes.

Com relação às condições de habitação, abastecimento de água e saneamento, ressalta-se que, apesar do porcentual elevado de domicílios cobertos pela rede de abastecimento de água (99,4%), apenas 80,8% desses mesmos domicílios possuem rede de esgoto (Tabela 3).

Tipo de Indicador	Campo Limpo	MSP
Número de Domicílios	138.795	3.039.104
Número de Moradores por Domicílio	3,65	3,43
Percentual de Domicílios com Rede de Água	99,43	98,62
Percentual de Domicílios com Rede de Esgoto	80,79	87,23
Percentual de Domicílios com Lixo Coletado	98,74	99,20

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Censo Demográfico 2000

Tabela 3 - Indicadores de habitação e saneamento do Campo Limpo e Município de São Paulo

Para este estudo, dos três distritos do Campo Limpo, foi considerado o distrito do Capão Redondo, sobretudo pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), parceiro desta pesquisa e responsável pela gestão das equipes de Saúde da Família no distrito estar localizado nele.

O distrito administrativo do Capão Redondo possui uma área de 13,6 km^2 onde residiam em 2004, 259.273 habitantes [(2)], apresentando uma densidade demográfica de 19.064 habitantes/km^2 e com taxa de crescimento estimada de 2,9% ao ano. Trata-se de um distrito periférico, considerado dormitório e que já foi apontado como uma das áreas mais violentas de São Paulo, situação que vem se revertendo nos últimos anos, evidenciada nos dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Município de São Paulo, que aponta expressiva redução na mortalidade por homicídios nesta região [(3)], ao contrário da tendência apontada na Supervisão de Saúde do Campo Limpo.

O distrito é composto por diferentes classes sociais, revelando um contraste entre as áreas compostas por classes mais favorecidas, como o Jardim Germânia, e menos favorecidas como o Jardim Irene. Apesar das obras de infra-estrutura estarem modificando a região como a linha 5 (lilás) do Metrô, um terço da população vive em favelas.

O Índice de Vulnerabilidade Juvenil (IVJ) para a população de 15 a 19 anos é de 68, valor que classifica este grupo como mais vulnerável [(2)].

Quanto à faixa etária, a distribuição da população assim se caracteriza: 26.169 menores de 5 anos, 47.058 entre 5 e 14 anos, 177.273 entre 15 e 64 anos e 8.773 maiores de 65 anos. Em relação à renda familiar, segundo o Censo Demográfico de 2000, 32,4% das pessoas responsáveis pelo domicílio recebiam entre um e três salários mínimos, 15% viviam sem renda e 6,3% informaram renda superior a dez salários mínimos [(4)].

Segundo pesquisa da Fundação SEADE [(4)], sobre a distribuição da massa salarial do emprego formal por setor de atividade econômica, no Capão Redondo 22,5% estão alocadas na indústria, 5,4% na construção civil, 24,1% no comércio e 48% em serviços, instalados fora do bairro, pois não se observam indústrias na região e o comércio é bem reduzido.

Destacando-se a organização da rede municipal de saúde nesse distrito, existe um pronto-atendimento na UBS Jardim Macedônia, duas AMA (Assistência Médica Ambulatorial), AMA Parque Fernanda e AMA Capão Redondo, um Centro de Atenção

Psicossocial Adulto Jardim Lídia, um Centro de Convivência e Cooperativa Santo Dias e 11 UBS. Essas UBS adotaram a estratégia de saúde da família e encontram-se subordinadas à Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo que, por sua vez, responde à Coordenadoria Regional de Saúde Sul. O Hospital Campo Limpo, embora se localize bem próximo, pertence à região sob administração da subprefeitura M'Boi Mirim, o que significa que ele recebe a população referida das supervisões de saúde de Campo Limpo e M'Boi Mirim e, portanto, não consegue atender à demanda de procura por serviços de assistência secundária.

A Estratégia de Saúde da Família no Distrito do Capão Redondo

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Capão Redondo é constituída por 75 equipes de saúde distribuídas em 11 Unidades de Saúde da Família, das quais dez compuseram o cenário pesquisado, totalizando 36 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da ESF (Figura 3).

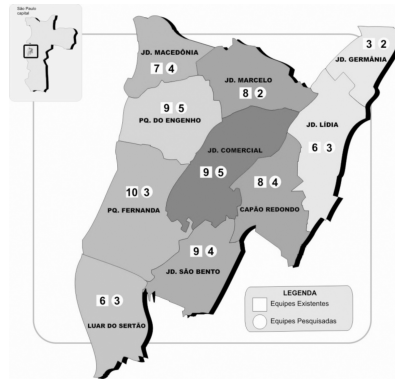


Figura 3 - Distribuição de equipes de saúde da família no Distrito do Capão Redondo

Em 2008, as equipes que correspondem no mapa à UBS do Capão Redondo, foram transferidas para a UBS Jardim Maracá, mantendo a mesma área de abrangência. Já a área da UBS Parque Fernanda, foi desdobrada em outra unidade, UBS Jardim Magdalena, que possui cinco equipes de Saúde da Família.

As UBS estão sob a administração do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), instituição parceira da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo que responde pela gestão da ESF, desde 2001, segundo a diretriz política de implantação da ESF no Município de São Paulo que definiu a necessidade de tais parcerias para atender às dimensões territoriais, bem como à diversidade de realidades sociais nos locais onde seria implantada a estratégia.

Os recursos humanos para a ESF, sob gestão do parceiro, consistem em 75 médicos, 75 enfermeiras, 150 auxiliares de enfermagem, 445 ACS e 78 assistentes técnicos administrativos.

O consolidado de Famílias do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) revela que, até maio de 2008, essas UBS cadastraram 78.413 famílias, totalizando 283.135 pessoas, sendo 130.498 do sexo masculino e 152.637 do sexo feminino. O porcentual de cobertura da ESF no Capão Redondo é de 94,7%.

Segundo dados coletados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 9,7% das crianças de 7 a 14 anos encontram-se fora da escola, 34,8% dos domicílios consomem água sem tratamento e o esgoto proveniente de 12,6% dos domicílios corre a céu aberto. O número de mulheres gestantes acompanhadas é de 1.889, sendo 301 (15,9%) com idade entre 10 e 19 anos. O registro dos marcadores de saúde realizado pelos médicos destas unidades mostra que 6,7% das gestantes acompanhadas têm a forma grave da doença hipertensiva da gravidez e que 15% das crianças nascem com peso inferior a 2.500g.

As necessidades de saúde da população de um dado território

A descrição das condições socioeconômicas e da situação geral de saúde da população do Distrito do Capão Redondo atendida pela estratégia Saúde da Família revela a importância da análise de dados sobre um dado território para se obter uma visão, mesmo que preliminar, das necessidades de saúde da população que ali reside.

De acordo com o Índice de Necessidades de Saúde (INS), elaborado com base nos indicadores que refletem aspectos prioritários da política de saúde municipal, o distrito administrativo de Capão Redondo é apontado entre os prioritários para oferta de equipamentos de saúde, uma vez que ocupou, em 2007, a 14º posição entre os distritos de alto INS [1].

Nesse contexto, os dados apresentados apontaram a situação vivida pelos moradores do território de abrangência do Programa, evidenciando aspectos que revelam o *esgarçamento da vida social (...) a partir de sua inserção na reprodução social* [5]. Esta breve aproximação da realidade, mesmo que parcial e insuficiente indica a importância dessa etapa exploratória inicial para a organização das práticas de saúde em termos das possibilidades de reconhecimento e enfrentamento de necessidades de saúde de uma dada população, que devem se tornar objeto de conhecimento sistematizado das equipes de saúde para uma atuação mais adequada à dinâmica social dos contextos locais.

Referências

1. CEInfo. Coordenação de Epidemiologia e Informação. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde; 2008. [Periódico Internet acessado em 11 de novembro de 2008]. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/painel_monitoramento/0006/INS_3edicao_Junho2008.pdf/.

2. SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados; 2007. [Periódico Internet acessado em 11 de novembro de 2008]. Disponível em: http://www.seade.gov.br./.

3. PRO-AIM, Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde; 2007. [Periódico Internet acessado em 11 de novembro de 2008]. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/tabnet/.

4. SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados; 2004. Disponível em: http://www.seade.gov.br./.

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

Cenário Butantã

Anna Maria Chiesa
Maria Rita Bertolozzi
Emiko Yoshikawa Egry
Érica Gomes Pereira
Paula Hino

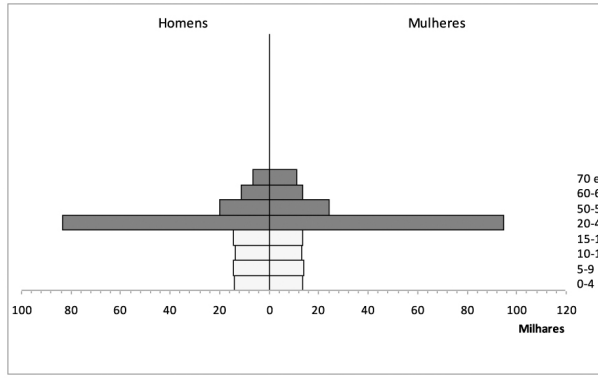
A Subprefeitura do Butantã localiza-se na região oeste do Município de São Paulo, cobre uma área de 56,1 km^2 e é formada pelos distritos administrativos do Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno e Vila Sônia [1].

A Figura 1 mostra a localização da Subprefeitura do Butantã no Município de São Paulo e seus respectivos distritos administrativos.

Figura 1- Localização da Subprefeitura do Butantã no Município de São Paulo e seus respectivos distritos administrativos

Em 2008, a população estimada do Butantã é de 376.414 habitantes e no Município de São Paulo de 10.834.244 habitantes. A densidade demográfica é de 6.709 habitantes/ km^2 e o crescimento populacional, no período de 1991 a 2000, foi de 0,3% [2].

Na Figura 2, verifica-se que a população estimada, em 2008, da Subprefeitura Butantã, da faixa etária de 0 a 4 anos é de 27.848 habitantes (14.208 homens e 13.640 mulheres), de 5 a 9 anos é de 28.572 (14.586 homens e 13.986 mulheres), de 10 a 14 anos é de 26.992 (13.728 homens e 13.264 mulheres), de 15 a 19 anos é de 27.957 (14.351 homens e 13.606 mulheres), de 20 a 49 anos é de 178.372 (83.631 homens e 94.741 mulheres), de 50 a 59 anos é de 44.018 (19.869 homens e 24.149 mulheres), de 60 a 69 anos é de 24.892 (11.218 homens e 13.674 mulheres), de 70 anos ou mais é de 17.763 (6.756 homens e 11.007 mulheres), totalizando 376.414 moradores (178.347 homens e 198.607 mulheres) [2].



Fonte: Ceinfo, 2008

Figura 2– Pirâmide etária com a estimativa populacional por sexo na Subprefeitura do Butantã, 2008

Em 2000, cerca de 13,1% da população residiam em 81 favelas, com taxa de crescimento de 0,5%. Chama a atenção que o Município de São Paulo apresentou 11,1% da população residindo em 2.018 favelas com taxa de crescimento de 3% (3).

O número de analfabetos funcionais de 15 a 24 anos, em 2000, era de 2.717 homens e 2.087 mulheres, totalizando 4.804 pessoas, o que corresponde a 3,8% da população do Município de São Paulo. O Gráfico 1 mostra o porcentual de anos de estudo dos chefes de família. A média de anos de estudo é 8,7 anos.

Fonte: Fundação Seade

Gráfico 1- Anos de estudo dos chefes de família. Butantã

Em 2006, observa-se que no distrito administrativo Butantã havia 31,4% dos chefes de família, no distrito administrativo Raposo Tavares, 65,7% e no distrito Rio Pequeno, 54,6% ganhavam até cinco salários mínimos, em 2006 (1).

Nos dados da Tabela 1, nota-se que o rendimento médio dos homens brancos chefes de família foi mais elevado do que os demais. É importante verificar que o rendimento médio dos homens e mulheres chefes de família brancos e negros na Subprefeitura do Butantã foi maior do que o encontrado no Município de São Paulo.

Tabela 1 – Rendimento médio dos chefes de família por raça/cor e sexo na Subprefeitura do Butantã e Município de São Paulo, 2000

	Subprefeitura do Butantã	MSP
Homens brancos	3.194,16	1.919,20
Homens negros	841,55	690,54
Mulheres brancas	1.457,07	1.092,23
Mulheres negras	443,49	425,47

Fonte: IBGE. Censo demográfico 2000; Fundação SEADE.

Observa-se na Tabela 2 que, dos 6.800 nascidos vivos na Subprefeitura Butantã, 1,4% eram de baixo peso (< 1,5 kg), 8,7% de baixo peso (< 2,5 kg) e 8,4% prematuros. Ressalta-se que 13,6% eram mães adolescentes (< 20 anos), 72,8% gestantes com sete e mais consultas pré-natal, 54,5% partos cesáreos, 63% partos na rede SUS e 4,9% de evasão (mães residentes em São Paulo cujos partos ocorreram em outros municípios) em 2007. É importante notar que São Paulo apresenta valores menores em comparação com a Subprefeitura do Butantã em relação às gestantes com sete e mais consultas (72%), partos cesáreos (52,2%), partos na rede SUS (61,7%) e evasão (4,1%) [2].

Tabela 2 – Nascidos Vivos segundo características do recém-nascido, da gestação e da gestante na Subprefeitura do Butantã e Município de São Paulo para o ano de 2007

Nascidos Vivos	Subprefeitura do Butantã	MSP
% NV baixo peso < 1,5 kg	1,4	1,5
% NV baixo peso < 2,5 kg	8,7	9,5
% prematuros	8,4	8,6
% mães adolescentes (<20 anos)	13,6	14,4
% gestantes (7 e + consultas pré-natal)	72,8	72,0
% partos cesáreas	54,5	52,2
% partos na rede SUS	63,0	61,7
Nº de nascidos vivos	6.800	164.967
% evasão	4,9	4,1

Fonte: SINASC/CEInfo/SMS/PMSP – dados atualizados em 18/07/08

Nos distritos administrativos do Butantã, Raposo Tavares e Rio Pequeno, as taxas de mortalidade infantil foram, respectivamente: 6,3/1.000 nascidos vivos, 5,6/1.000 nascidos vivos e 7,3/1.000 nascidos vivos.

Os dados da Tabela 3 apresentam o número de casos e seus respectivos Coeficientes de Incidência de alguns agravos de notificação compulsória da Subprefeitura Butantã e Município de São Paulo, em 2007.

Tabela 3 – Número de casos e Coeficiente de Incidência (CI) de alguns agravos de notificação compulsória da Subprefeitura do Butantã e Município de São Paulo, 2007

Doenças de Notificação Compulsória	Subprefeiturado Butantã		MSP	
	Nº	CI	Nº	CI
Sífilis congênita	12	1,8	318	1,9
Tuberculose	100	26,5	2.985	27,6
Hanseníase	7	0,2	301	0,3
Leptospirose	13	3,5	274	2,5
Dengue	279	74,0	2609	24,1
Doença Meningocóccica	21	5,6	483	4,5
Aids	75	19,9	1.693	15,5

Fonte: SINAN/COVISA/SMS/PMSP

A Fundação Faculdade de Medicina (FFM) é a parceira do Município de São Paulo para a gestão dos recursos humanos na Estratégia Saúde da Família (ESF) da Subprefeitura do Butantã, com exceção do Centro de Saúde Escola Dr Samuel Barnsley Pessoa (CSE Butantã), que é administrado pela Universidade de São Paulo.

Em 2004, a população total no distrito administrativo do Butantã era de 50.737 habitantes com taxa anual de crescimento no período 1991-2004 de -1,0%; Raposo Tavares contava com 92.809 habitantes, em 2004, e taxa anual de crescimento de 0,9% e Rio Pequeno tinha 113.336 habitantes em 2004 e taxa anual de crescimento de 0,8%.

Nos dados da Tabela 4, observa-se que o distrito administrativo Butantã tinha 0,5% da massa salarial por emprego formal na indústria; 3,0% da massa salarial por emprego formal na construção civil; 0,8% da massa salarial por emprego formal no comércio; 0,9% da massa salarial por emprego formal nos serviços, totalizando 0,9% em 2002 em relação a São Paulo. Já o distrito Raposo Tavares, tinha 0,5% da massa salarial por emprego formal na indústria; 1,0% da massa salarial por emprego formal na construção civil; 0,3% da massa salarial por emprego formal no comércio; 0,1% da massa salarial por emprego formal nos serviços, totalizando 0,2%, em 2002, em relação a São Paulo; e, o distrito Rio Pequeno tinha 0,9% da massa salarial por emprego formal na indústria; 1,1% da massa salarial por emprego formal na construção civil; 0,5% da massa salarial por emprego formal no comércio; 0,6% da massa salarial por emprego formal nos serviços, totalizando 0,7% em 2002 em relação a São Paulo.

Tabela 4- Distribuição da massa salarial por emprego formal e atividade econômica nos distritos das UBS pesquisadas no cenário Butantã

Distritos	Indústria	Construção civil	Comércio	Serviços	Total MSP
Butantã	0,5%	3,0%	0,8%	0,9%	0,9%
Raposo Tavares	0,5%	1,0%	0,3%	0,1%	0,2%
Rio Pequeno	0,9%	1,1%	0,5%	0,6%	0,7%

Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego; Fundação SEADE

Para o ano 2000, o Índice de Vulnerabilidade Juvenil (IVJ) da população, de 15 a 19 anos, no distrito administrativo Butantã era de 29, com grupos de vulnerabilidade classificados com pouca vulnerabilidade e 4.307 pessoas de 15 a 19 anos. Já o distrito administrativo Raposo Tavares, tinha um IVJ de 60 grupos de vulnerabilidade classificados como vulneráveis e 9.759 pessoas de 15 a 19 anos em 2000. O distrito administrativo Rio Pequeno apresentou um IVJ de 51, grupos de vulnerabilidade classificados como vulnerabilidade intermediária e 11.176 pessoas de 15 a 19 anos em 2000 (1).

De acordo com a Figura 3, a Subprefeitura do Butantã possui 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), três Unidades Especializadas (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Centro de Convivência - CECCO e Ambulatório de Especialidades Peri-Peri) e quatro Hospitais/Pronto-Socorros públicos (Hospital Mário Degni - autarquia municipal, Pronto Socorro Bandeirantes - autarquia municipal, Hospital Universitário-USP e Hospital Darci Vargas - estadual), totalizando 544 leitos SUS em 2006.

Figura 3 – Distribuição dos equipamentos de saúde na Subprefeitura do Butantã

Nota-se que a população de abrangência das 14 UBS da Subprefeitura do Butantã está dividida em cinco distritos administrativos subordinados à Supervisão Técnica de Saúde do Butantã da Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste e apenas em seis há a implantação da estratégia Saúde da Família, totalizando 24 Equipes Saúde da Família:

• Distrito Raposo Tavares: UBS Jd. Boa Vista (15.391 hab/2006), UBS Vl Borges (25.259 hab/2006), UBS Jd. São Jorge (24.840 hab/2006) e UBS Paulo Vl (25.159 hab/2006);

• Distrito Rio Pequeno: UBS Jd. D'Abril (13.044 hab/2006), UBS José Marcílio Malta Cardoso (36.620 hab/2006), UBS Vl Dalva – Eng. Guilherme Henrique Pinto Coelho (16.305 hab/2006) e UBS Rio Pequeno – Dr Paulo de Barros França (25.232 hab/2006);

• Distrito Vila Sônia: UBS Jd. Jaqueline (33.057 hab/2006) e UBS Vila Sônia (52.149 hab/2006);

• Distrito Butantã: CSE Samuel Barnsley Pessoa – CSE Butantã (40.281 hab/2006), UBS Butantã (23.323 hab/2006) e UBS Caxingui – Nanci Abranches (27.857 hab/2006);

• Distrito Morumbi: UBS Real Parque – Dr Paulo Mangabeira Albernaz Filho (19.059 hab/2006).

No Cenário Butantã, fizeram parte da amostra do estudo: a UBS Jardim Boa Vista, o Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa (CSE Butantã), UBS Jardim São Jorge e UBS Vila Dalva, localizadas, respectivamente, nos distritos administrativos Butantã, Rio Pequeno e Raposo Tavares.

O distrito administrativo do Butantã tem 12,5 km^2 de área territorial, densidade demográfica de 4.059 habitantes/km^2 e duas equipes Saúde da Família; já o distrito Raposo

Tavares apresenta área de 12,6 km^2 e densidade demográfica de 7.365 habitantes/km^2 e 12 equipes Saúde da Família; e, finalmente, o distrito Rio Pequeno apresenta 9,7 km^2 de área territorial, densidade demográfica de 11.684 habitantes/km^2 e cinco equipes Saúde da Família [1].

Segundo o consolidado do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) até outubro de 2008, a UBS Jardim Boa Vista tinha cadastrado 5.231 famílias (18.059 pessoas), a UBS Vila Dalva 3.886 famílias (13.836 pessoas), o CSE Butantã, 2.131 famílias (8.577 pessoas) e a UBS Jd São Jorge com 4.339 famílias incorporadas ao SIAB e cerca de 3.661 famílias ainda com o modelo tradicional de assistência.

Referências

1. SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise dos Dados, Informações Municipais de São Paulo: 2007. [Periódico Internet acessado em 29 de outubro de 2008]. Disponível em: http://www.seade.gov.br/master.php?opt=inf.

2. CEInfo. Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Boletim CEInfo em dados: 2008. [Periódico Internet acessado em 24 de outubro de 2008]. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/.

3. PRODAM. Base Cartográfica digital das favelas do Município de São Paulo: 2000.

Metodologias para captação da realidade objetiva

Emiko Yoshikawa Egry

A metodologia para captação da realidade objetiva utilizada no presente projeto de pesquisa é parte integrante da Teoria de Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC [1]. A TIPESC é uma teoria de enfermagem, assentada na visão de mundo materialista, histórica e dialética que busca a intervenção da Enfermagem por meio de uma metodologia dinâmica e participativa. É uma forma de sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social, referentes à saúde-doença de uma dada coletividade, no marco de sua conjuntura e estrutura, dentro de um contexto social historicamente determinado; de intervir nessa realidade e prosseguir reinterpretando a realidade objetiva para novamente interpor instrumento de intervenção. A Tipesc é adotada como uma teoria e método na Enfermagem em Saúde Coletiva. Por sua vez, a enfermagem em saúde coletiva é um campo de teorias e práticas que visa a intervir nos processos de saúde-doença da coletividade, entendido como sendo socialmente determinado. Em outras palavras, a forma como cada sociedade organiza-se para a produção de sua existência faz com que a sociedade divida-se em grandes conjuntos (classes sociais), e decorrentes da forma como se inserem no processo de produção da sociedade, determinam os seus processos de reprodução social. A Tipesc tem raízes em duas bases filosóficas: a historicidade e a dinamicidade.

A historicidade, encontra-se ancorada no materialismo histórico, caracteriza a mobilidade constante da história, o vir-a-ser contínuo das transformações sociais. Tem a qualidade de ser provisória, instável, lábil, imperfeita e precária. Enraizada nela está a visão do desenrolar da história que procura a causa final e a grande força motriz de todos os acontecimentos importantes, no desenvolvimento econômico da sociedade, nas transformações dos modos de produção e de troca, na consequente divisão da sociedade em classes distintas e na luta entre elas.

A dinamicidade encontra-se enraizada no modo dialético de pensar, cujo conceito-chave é a contradição que é a oposição entre dois polos incompatíveis, um negando, o outro, afirmando ao mesmo tempo e sobre a mesma coisa. A dialética que a dinamicidade reporta-se é a dialética materialista, cuja contradição é o próprio motor interno do desenvolvimento.

Em síntese, as bases filosóficas da Tipesc estão em conformidade com a compreensão do materialismo-histórico e do materialismo dialético. Existem três dimensões da realidade objetiva a serem consideradas na operacionalização da TIPESC: a dimensão estrutural, a dimensão particular e a dimensão singular. Cada uma delas representa um âmbito ou enfoque, no qual a realidade objetiva será analisada a fim de intervir sobre ela. Para o desenvolvimento da TIPESC, cinco fases são importantes de serem percorridas, mesmo que haja simultaneidade algumas vezes em duas fases. As fases são: captação da realidade objetiva, interpretação da realidade objetiva (busca das contradições dialéticas da realidade objetiva), planejamento da

intervenção na realidade objetiva (no qual se estabelecem as prioridades, de acordo com as vulnerabilidades de espaço, conteúdo e forma), intervenção na realidade objetiva (onde se coloca em ação o que foi planejado para a superação das contradições dialéticas da realidade objetiva) e reinterpretação da realidade objetiva (etapa em que se avaliam processos e produtos, buscando a explicitação das contradições dialéticas advindas da execução de cada uma das fases anteriores).

Para o conhecimento da forma como os serviços de saúde reconhecem e enfrentam as necessidades de saúde da população de seu território, neste estudo contou-se com várias metodologias: uma delas, foi a própria captação da realidade objetiva, por meio de instrumentos (anexo 1) que descrevem minuciosamente a instituição, seu objetivo, força de trabalho, organização e infraestrutura, projetos e programas existentes, sistemas de supervisão, sistemas de atualização dos conhecimentos, instrumentos utilizados para o cuidado e para a descrição do perfil epidemiológico da população, articulação com outros serviços diagnósticos e assistenciais [2]. Acrescida a isto, foi realizada uma captação da realidade de trabalho das equipes de saúde da família: em geral, uma pessoa da equipe designada a responder a um questionário, contendo dados de trabalho da equipe, formas como ela tenta detectar as necessidades, formas de enfrentar as necessidades e quais as pessoas que na equipe têm maior poder de decisão sobre as necessidades (o que é e como enfrentar) [2] (anexo2). Para compreender em profundidade como as equipes tomam as decisões a respeito das necessidades em saúde da população, foi utilizado um instrumento (anexo3) aplicado por meio de entrevista qualitativa, com roteiro semiestruturado, possibilitando uma análise qualitativa dos significados atribuídos pelos trabalhadores das equipes de saúde da família sobre as necessidades de sua clientela [3]. Outra estratégia para enxergar "por dentro"das reuniões de decisão das equipes de saúde da família, foi utilizada a metodologia de observação etnográfica das reuniões [2] (anexo4). O capítulo 4.4. tratará de forma mais pertinente esta metodologia de captação da realidade objetiva.

A aplicação das metodologias requer capacitação dos pesquisadores, e esta foi realizada em diferentes etapas: compreensão do marco teórico do estudo; compreensão da TIPESC, compreensão do marco metodológico do estudo e treinamento para utilização dos instrumentos. Além disso, para garantir a fidedignidade dos dados sobretudo os coletados por meio do instrumento geral de captação e específico de equipes, antes da entrega dos relatórios por escrito foram realizados seminários de resultados com apresentações orais. Nelas foi possível solicitar ao pesquisador completar algum dado por ventura faltante no relatório. Mesmo assim houve captações com inconsistências, o que motivou nova captação. A grande dificuldade dos pesquisadores de coletar dados informados e que precisavam anotar simultaneamente ao relato, gerou a necessidade de se fazer um instrumento fechado para estas captações maiores. Este se encontra na fase de validação pelos experts.

Referências

1. Egry EY. Saúde coletiva: Construindo uma novo método em Enfermagem. São Paulo: Ícone; 1995.

2. Egry EY et al. Limites e possibilidades dos sistemas de saúde locais no reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população: o PSF no Município de São Paulo. [projeto de pesquisa apresentado à FAPESP]; 2007.

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

ANEXO 1

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA

Instrumento para Captação da Realidade Objetiva[2]

CAPTAÇÃO DA REALIDADE DO COMPONENTE SERVIÇO: PERFIL DE ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

UNIDADE DO PSF

PARTE I: Identificação da Instituição

- Nome
- Localização (Rua, nº, bairro, CEP, pontos de referência)
- Subvenção e vinculação às demais instâncias do Sistema de Saúde
- Finalidade e Objetivos
- Organograma. Destacar a situação da enfermagem e sua composição.
- Articulação com outros recursos de saúde da região
  - Sistema de referência e contra-referência no local e em outras áreas:
  - Quais são os serviços de referência existentes?
  - Para quais situações-problema o sistema é acionado?
  - Sistema de contra-referência (retorno de informações relativas aos usuários)
- Sistema de Gestão
- Participação da comunidade
- Sistema de informação em saúde (da UBS e próprio do PSF)

PARTE II - Atividades de infraestrutura

- Matrícula
- Requisitos para matrícula
  - Critérios
  - Documentos exigidos
- Realização da Atividade: Quais?
- Dias da semana ou do mês e período (manhã e/ou tarde)
- Documentos preenchidos na matrícula
- Acolhimento: de que forma é por quem é realizado?
- Força de Trabalho e Qualificação
  - Pessoal (ocupação, número de funcionários destacados, sistema de designação para a realização da atividade)
  - Sistema de capacitação para a atividade
  - Sistema de supervisão

[2] Questionários para identificação do serviço de saúde adaptado de Egry (1996; 2001) para uso do projeto "Necessidades" e alunos do ENS 1. Egry EY, Nichiata LI, Nakamura E, Campos, CMS. EEUSP, março de 2007.

PARTE III - Atividades de complementação de diagnóstico e tratamento

Coleta de Exames

• Requisitos para agendamento
• Critérios
• Documentos exigidos
• Realização da Atividade

- Dias da semana ou do mês e período (manhã e/ou tarde)
- Documentos preenchidos na realização da atividade
- Tipos de exames coletados
- Tipos de exames realizados na Unidade
- Tempo médio de espera do agendamento ao atendimento
- Tempo médio de espera da coleta ao resultado

• Força de Trabalho e Qualificação

- Pessoal (ocupação, número de funcionários destacados, sistema de designação para a realização da atividade)
- Sistema de capacitação para a atividade
- Sistema de supervisão

Farmácia

• Requisitos para utilização da farmácia
• Critérios exigidos
• Documentos exigidos
• Realização da Atividade

- Dias da semana ou do mês e período (manhã e/ou tarde)
- Documentos preenchidos na realização da atividade
- Tipos de medicamentos distribuídos na Unidade
- Relação proporcional entre os medicamentos prescritos e os distribuídos na Unidade
- Tempo médio de espera da prescrição ao atendimento
- Formas de encaminhamento quando o medicamento não estiver disponível
- Força de Trabalho e Qualificação
    - Pessoal (ocupação, número de funcionários destacados, sistema de designação para a realização da atividade)
    - Sistema de capacitação para a atividade
    - Sistema de supervisão

PARTE IV - ENFERMAGEM

• Inserção na estrutura do serviço [estrutura de poder e organograma da Unidade].

• Composição da força de trabalho (número, categoria, qualificação e distribuição em diferentes atividades e programas). Dimensionamento da força de trabalho da enfermagem.

• Teoria, sistema ou método da assistência de enfermagem.

• Instrumentos específicos utilizados para o SAE.

• Relatórios e registros das ações bem como a divulgação.

Capítulo 3.1

ANEXO 2

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA

Instrumento para Captação da Realidade Objetiva[3]

EQUIPE DO PSF

PARTE I - Atividades de Infra-estrutura

• Agendamento
- Requisitos para agendamento
- Critérios
- Documentos exigidos

• Realização da Atividade
- Dias da semana ou do mês e período (manhã e/ou tarde)
- Documentos preenchidos no agendamento
- Tempo médio de espera do agendamento ao atendimento nos diferentes programas ou atividades

• Força de Trabalho e Qualificação
- Pessoal (ocupação, número de funcionários destacados, sistema de designação para a realização da atividade)
- Sistema de capacitação para a atividade: treinamento para realização do trabalho (geral e na temática de HIV/AIDS); educação permanente e aperfeiçoamento (geral e na temática de HIV/AIDS).
- Sistema de supervisão

PARTE II – PERFIL DE SAÚDE DOENÇA E PROGRAMAS E ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

• Descreva o perfil de saúde-doença do território articulado ao perfil de reprodução social
• Caracterização geral dos programas
- Quais programas e ações são incluídos no planejamento das ações da Unidade? Quais os critérios utilizados para a inclusão destes?
- Quais programas e atividades assistenciais são realizadas pela Equipe do PSF cotidianamente? Existem atividades eventuais? Além desses, há outros?
- Existem ações específicas para realização na comunidade?
- Há relação dessas atividades com o perfil de saúde-doença da população do território? E com as doenças de notificação compulsória? (verificar especificamente para HIV/AIDS)
- Descrição das ações realizadas em subprogramas ou atividades

[3] Questionários para identificação do serviço de saúde adaptado de Egry (1996; 2001) para uso do projeto "Necessidades" e alunos do ENS 1. Egry EY, Nichiata LI, Nakamura E, Campos, CMS. EEUSP, março de 2007.

• Caracterização da força de trabalho
- Pessoal envolvido por subprogramas ou atividades (distribuição por categoria, períodos e dias da semana)
- Descrição das atividades de cada trabalhador
- Sistema de supervisão

• Articulação do usuário com o PSF
- Formas de captação da população de usuários para o programa
- Critérios para inserção do usuário ao programa
- Número de inscritos anuais nos subprogramas ou atividades
- Principais agravos atendidos nos últimos 12 meses (listar de acordo com as informações dadas ou levantadas por meio de registros de produção, indicando a fonte de obtenção dos dados)
- Formas de encaminhamento às demais instâncias do sistema de saúde (formais e informais) e retorno do encaminhamento (sistema de referência e contra-referência)
- Quais são as características dos usuários, sujeitos das ações de prevenção ao HIV/AIDS e das ações de assistência às pessoas com a infecção pelo HIV/AIDS?

• Instrumentos utilizados na identificação de necessidades de saúde e vulnerabilidade das famílias atendidas no território.

PARTE III - ENFERMAGEM (NA UNIDADE DO PSF E NA EQUIPE)

• Sistema de supervisão, avaliação e qualificação (interna e externa).

ANEXO 3

Roteiro de entrevista individual com membros da Equipe de Saúde da Família[4]

Preparo:

- Testar o gravador no local da entrevista para evitar interferências

- Fazer as apresentações e imediatamente passar à leitura do TCLE explicando os objetivos da coleta de dados de maneira que fiquem compreensíveis.

Caracterização:

1. Identificação:

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

Vínculo com a instituição:_____

Cargo ou função:_____Tempo de atividade:_____

Formação (escolaridade e profissão):_____

Formação Específica (ou Complementar):_____

_____

4 Apêndice da dissertação de Mestrado da Teresa Christine Pereira de Moraes intitulado Necessidades em saúde & trabalhadores das equipes de saúde da família: a dialética do reconhecimento e enfrentamento. Escola de enfermagem da USP, 2008:101.

Estado Civil: casado ( ) solteiro ( ) desquitado ( ) divorciado ( ) viúvo ( )
Filhos: Sim ( ) Não ( ) Número de filhos:_____

Sobre Necessidades de Saúde e Decisão:

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

Complementos

Nessa situação, quais foram as necessidades de saúde identificadas? E após a identificação dessas necessidades o que foi feito?

Nessa situação, quais foram os elementos que ajudaram a decidir se a necessidade deveria ser atendida ou não?

Nessa situação, quem decidiu a respeito do atendimento ou não das necessidades? Por quê? Como você se sentiu nesta situação?

ANEXO 4

ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES

1. Atendimento dado pelos trabalhadores das equipes do PSF nas Unidades.

2. Forma de relacionamento entre trabalhadores do PSF e população.

3. O que os trabalhadores das equipes do PSF comentam a respeito das famílias e da comunidade na qual atuam.

4. Como os problemas detectados nas famílias e na comunidade são trazidos à equipe.

5. Como os problemas das famílias e da comunidade são discutidos nas reuniões de equipe.

6. Ações realizadas pela equipe com a participação da população

Metodologia para o estudo da tomada de decisão sobre as necessidades de saúde

Lislaine Aparecida Fracolli
Teresa Christine Pereira Morais
Mônica Cecília de la Torre Ugarte Guanillo

Os “novos” fazeres e práticas requeridos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) necessitam materializarem-se como “tecnologias de trabalho” usadas para produzir saúde e identificar necessidades . O espaço dos serviços de saúde é o lugar onde se concretizam esses “novos” conhecimentos, assim como distintas formas tecnológicas de potencializá-los para a assistência à saúde.

Os processos de trabalho concretos, vivenciados nos serviços de saúde, são focos de atenção especial para os processos de gestão da mudança. Conforme o autor, existem “efeitos” do processo de trabalho que se expressam no dia-a-dia dos serviços e que devem ser “olhados” como lugares estratégicos-alvo para operações, que podem disparar potencializações vitais, na direção de novos processos de produção de saúde [1].

Os autores citam que esses efeitos são vinculados aos processos de produção do cuidado e “refletem” três tensões constitutivas dos agires em saúde. Estas por estarem polarizadas entre ser uma “produção procedimento centrada” ou uma produção “usuária centrada”, expressam as polaridades entre o exercício privado do ato produtor do cuidado de saúde e a possibilidade de sua captura por processos mais publicizantes; e, ainda, estão assentadas na forma como as arenas institucionais encontram-se ocupadas por múltiplos atores concretos que portam distintas intenções no dia-a-dia dos serviços que disputam permanentemente a direcionalidade das ações de saúde.

Os “efeitos” do processo de produção do cuidado e suas tensões constitutivas marcam os grandes temas contemporâneos dos debates sobre as práticas da gestão, no terreno dos serviços de saúde, tanto àqueles que visam arranjos institucionais que permitam a estabilização de certos modelos de atenção como aos que apostam na mudança destes [1].

A ESF está estruturada na lógica de atenção básica à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. Para tanto, necessita desenvolver processos de trabalho e de tomada de decisão sobre o trabalho que estabeleçam uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade. Estes processos devem se traduzir em termos de desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorial e socialmente articuladas.

Por apresentar uma organização do trabalho em bases não tradicionais, a ESF pode ser instrumentalizada para organizar sua produção de cuidados centrados no usuário e nos processos de trabalho de tomada de decisão mais publicizados. Para que essas potencialidades na construção do “novo” sejam capturadas, faz-se necessário a implementação de processos de tomada de decisão que possam quotidianamente informar as disputas que se estabelecem entre o instituído/instituinte nos serviços de saúde.

A finalidade do Trabalho em Saúde

O fato de todo serviço de saúde estar vinculado a processos produtivos de "atos cuidadores", para tentar entender um estabelecimento de saúde é preciso debruçar-se sobre seus processos de trabalho com o intuito de revelar suas redes agenciais protagonistas e as modelagens tecnológicas que as realizam [1]. Isto é, um serviço de saúde constitui-se como um "lugar" de relações e jogos de poder entre "sujeitos" concretos. Para os autores citados, um "ato cuidador" é como um encontro intercessor entre um trabalhador de saúde e um usuário. Nesse encontro, ocorre um jogo de necessidades/direitos, no qual o usuário coloca-se como alguém que busca uma intervenção que lhe permita recuperar ou produzir graus de autonomia no seu "modo de caminhar a vida". Neste encontro intercessor, o usuário coloca seu mais importante valor de uso, sua vida e suas necessidades, para serem trabalhadas como um objeto das ações de saúde.

Na atualidade, a grande discussão sobre as finalidades do trabalho em saúde gira em torno da forma como o usuário pode ser tratado no jogo de necessidades/direitos, pois, conforme o modelo tecno-assistencial em realização, esse usuário pode ser entendido como um mero consumidor de "atos de saúde", configurado como bem de mercado ou como um sujeito singular que precisa de "atos cuidadores", que o auxiliem a resgatar seu "modo de andar a vida".

Os profissionais de saúde são "portadores" de necessidades macro e micropoliticamente constituídas, bem como são instituidores de necessidades singulares que atravessam o modelo instituído no jogo do trabalho vivo e morto ao qual estão vinculados [1]. Assim, a conformação das necessidades ocorre em processos sociais e históricos definidos pelos profissionais e pelos usuários em ato.

Na tomada de decisão no interior dos "atos cuidadores" desenvolvidos nos serviços de saúde, ocorre uma disputa entre uma linha de força médico-hegemônica – que atua como instituinte no processo de trabalho dos profissionais de saúde, e entre uma outra linha de força que atua vinda do consumidor, como uma busca de um ato que lhe permita restituir sua "autonomia" no seu modo de andar a vida, atua, também, como instituinte pela ação positiva do usuário [2].

As bases teóricas para análise do proceso de trabalho e tomada de decisão das equipes

O trabalho é compreendido como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção, concluindo a partir disso que o trabalho produz o homem, mesmo que este seja fonte daquele [3]. Os autores discute o trabalho concreto com base nos elementos: trabalho vivo e o trabalho morto. O trabalho vivo é todo trabalho em ato, que permite produção e o morto são todos aqueles produtos/meio (instrumento ou matéria-prima), resultados de um trabalho vivo, cristalizado. Em termos analíticos, o trabalho vivo em ato é o trabalho criador e o trabalho morto, já está instituído e ofertado como um conjunto de situações que entram comandando uma parte da atividade produtiva .

O homem, embora seja trabalho vivo em potência, vai sendo "desenhado" para construir uma "ação tecnológica" em direção a uma coisa "a priori", segundo as expressões de interesses e a satisfação de necessidades historicamente construídas [3]. Ao se analisar o modo como o processo de "desenhar" o homem ocorre no interior do processo de trabalho, o autor destaca a importância de três dimensões: uma relativa **ao trabalho vivo e trabalho**

morto; outra sobre **a noção de tecnologia** e, por último, a questão relativa à **produção, consumo e necessidades sociais**.

Neste texto, enfoca-se apenas a dimensão da **produção, consumo e necessidades, que é foco da presente pesquisa.** Esta dimensão é considerada complexa, pois ao se produzir um "bem de saúde", este tem um "valor de troca", mas também um "valor de uso" para o trabalhador da saúde, dado pela sua utilidade privada. Esse "bem de saúde" ao ter um uso particular pode ser "desenhado" do jeito que interessar a esse sujeito/trabalhador em busca de funcionalidades para ele. Contudo, no caso da produção/consumo no processo de trabalho em saúde, existe a construção de um espaço intercessor, entre usuário e trabalhador/produtor do ato, no qual o "trabalho morto" e o usuário vêm instituindo necessidades e "modos" capturados de agir. Neste espaço intercessor conforma-se, então, um encontro e uma negociação em ato das necessidades de saúde (4).

Embora o "trabalho morto" (tecnologias, instrumentos e saberes) possa capturar essa "autonomia" do trabalhador em produzir esse bem de saúde, fará de um modo limitado, pois o trabalhador de saúde goza de certa "autonomia" instituinte de seu trabalho.

O trabalhador de saúde ao produzir um bem para troca, ou seja, ao produzir "algo" para ser "trocado" no mercado por algum outro bem que tenha para ele um valor de uso, submete-se à presença do intermediário "mercado", o qual tem estabelecido alguns valores (quase sempre monetários) de troca, que permitem comparar e conformar diferentes trabalhos concretos em saúde . Assim, o trabalhador, ao produzir seu produto final e submetê-lo para troca no mercado, busca ver suas necessidades satisfeitas. Dessa forma, o trabalho vivo em ato acaba sendo comandado pelo universo tecnológico (contido no trabalho morto) e também pelo modo como se constroem socialmente as necessidades.

No trabalho em saúde, o jogo produção, consumo e necessidades tem uma dinâmica muito peculiar que faz com que o mesmo esteja sempre em estruturação, dentro de um quadro incerto sobre o que é o padrão de seu produto final e o modo de satisfação que o mesmo gera. Em um Centro de Saúde, diferente de uma fábrica, não é possível obter estratégias plenamente competentes que consigam "capturar" o trabalho vivo . A "captura" total do autogoverno nas práticas de saúde não só é muito difícil como impossível pela natureza tecnológica do trabalho.

A partir da compreensão em relação ao processo saúde-doença, como sendo uma resposta "dinâmica que os grupos sociais manifestam-se de forma diferenciada (4). De acordo com sua inserção no sistema de produção frente aos determinantes sociais, resposta esta dada pelas características de riscos e potencialidades que são reflexos do processo biológico de desgaste". É possível compreender que a tomada de decisão sobre as necessidades de saúde presentes na dialética produção-consumo de atos de saúde deve considerar que, em nossa sociedade, a qualidade de vida dos grupos sociais é diferente, pois distinta é sua exposição aos processos de risco e ao acesso a processos benéficos ou potencialidades de saúde.

Uma forma de captação dessa relação dialética entre necessidade e produção/consumo de saúde pode ser realizada por intermédio de instrumentos autoanalíticos, como o "fluxograma analisador" e a "rede de petições e compromissos" (3).

A idéia de *"ferramentas analisadoras"* baseia-se no conceito de "*analisador",* trazido da psicanálise e utilizado em análise institucional (5). Para a psicanálise, um *analisador* é um fenômeno resultante de uma combinação, de uma mistura, da articulação de uma transição ou de uma transação entre as instâncias mentais, que têm como característica exprimir a

problemática de um sujeito, manifestá-la, denunciá-la. O "fluxograma analisador" constitui-se em uma ferramenta que os interroga **para que**; os **que** e os **como** do processo de trabalho e, ao mesmo tempo, revelam a maneira de governá-los [3] . A seguir, pretende-se descrever a experiência de utilizar o fluxograma como instrumento de organização e análise do processo de tomada de decisão das equipes frente às necessidades de saúde presentes no cotidiano de seu trabalho.

Transformando relatos "Fluxogramas Analisadores"

A entrevista como fonte de informação fornece dados secundários e primários de duas naturezas: a primeira, relacionada aos fatos que o pesquisador poderia conseguir por meio de outras fontes como censos, estatísticas, registros civis e outros e; a segunda, aos que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado. Ou seja, a entrevista pode trazer informações que tratem da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia, constituindo uma representação da realidade no que concerne às idéias, crenças, condutas, razões conscientes ou inconscientes de determinada atitude ou comportamento [6].

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

Assim, com base nos relatos dos entrevistados, buscou-se reconstituir o processo de trabalho das equipes, utilizando como ferramenta o fluxograma analisador, com vistas a explicitar o modo como operam e decidem no cotidiano de suas práticas, do ponto de vista das necessidades de saúde. Sobre este aspecto, o uso de ferramentas analisadoras que operam com a informação, possibilita a exposição dos modos como no cotidiano se constrói certa modalidade de atenção à saúde, assim como os vários níveis tecnológicos das práticas [3]. Assim os autores afirmam,

> *"[...] no dia-a-dia, o conjunto dos diferentes profissionais na área de saúde, seja nos serviços públicos ou privados, hospitalares ou não, operam constantemente com a produção de dados e informações, dentro de suas lógicas "particulares" de exercerem seus autogovernos, e sem serem coletiva e publicamente interrogados sobre o sentido deste modo de operar, e em torno de uma busca de processos mais públicos e compromissados com o usuário final das ações de saúde" [3].*

Com este entendimento, a produção de informações no âmbito deste estudo recorreu à memória dos profissionais com vistas a delinear o modo de produção no âmbito do processo de trabalho das equipes. Sobre este aspecto, existem dois tipos de memória que podem ser mobilizados objetivando a veiculação da informação para a construção do trabalho de campo [7]:

> *A **memória institucional**, que possibilita a descrição objetiva dos processos de trabalho a partir de fontes documentais institucionais (depoimentos ou documentos escritos), e a **memória não institucional**, obtida, por exemplo, através das representações dos sujeitos (cujos componentes cognitivos e objetivos também são constitutivos do real), que pode coincidir ou não com a primeira (grifos da autora) [7].*

A autora afirma que os sujeitos com seus depoimentos constituem as suas vivências dentro do modelo de atenção, expondo, por meio de seu processo pessoal de elaboração mental, sua compreensão particular de como ele se organiza, confirmando, assim, a vivacidade dos processos de trabalho em sua molecularidade. Portanto, o agenciamento de ambos os tipos de memória pode se mostrar proveitoso no sentido de ajudar a compor uma imagem mais fiel dos fatos, uma vez que combina as percepções da realidade por ângulos diferentes. Assim sendo a reconstituição dos processos de trabalho na forma de fluxograma, tendo por base as entrevistas com os profissionais, permitiu visualizar as diversas etapas pelas quais ocorre a produção do cuidado, assim como o modelo assistencial que preside as práticas de saúde, desde a entrada até a saída de todo o processo.

Contudo, embora considerando as informações por meio da memória referida ao coletivo, mesmo que derivada do entendimento individual dos processos desenvolvidos seria necessária a reconstituição do processo de trabalho com base no fluxograma no âmbito das equipes, visto que o trabalho em saúde "tem uma dinâmica muito peculiar, que faz com que o mesmo esteja sempre em estruturação, dentro de um quadro incerto, sobre o que é o padrão de seu produto final" [8].

O roteiro de entrevista utilizado: Potencialidades e limites para captação das situações das equipes de saúde da família

Tendo em vista as considerações realizadas a respeito dos instrumentos analíticos para a tomada de decisão frente às necessidades de saúde, e considerando que, para uma boa análise, é preciso obter informações de qualidade, os passos desenvolvidos serão descritos para a mobilização da memória dos profissionais da ESF.

Inicialmente, a equipe de pesquisadores selecionada para a realização das entrevistas foi capacitada, de forma a permitir sua aproximação com o roteiro utilizado e esclarecimento de dúvidas. Esta equipe constituiu-se de enfermeiros com pós-graduação na área de saúde coletiva e titulação mínima de mestrado.

Os campos de estudo foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS): Jardim Comercial, Parque do Engenho II e Jardim Maracá, correspondentes ao distrito administrativo Capão Redondo. Foram selecionadas duas UBS correspondentes ao distrito administrativo Butantã: Vila Dalva e Jardim Boa Vista. Os critérios de seleção das UBS foram: possuir equipes da ESF e conhecer a realidade social da população do distrito administrativo, em relação às condições de vida.

Após a seleção dos campos de estudo, foi estabelecido contato com o gerente de cada UBS, de forma a comunicar o objetivo e a finalidade da pesquisa, assim como solicitar a permissão para a realização da mesma. Todos os gerentes manifestaram seu interesse no estudo, assim como as equipes da ESF, que foram selecionadas, segundo indicação dos gerentes. As equipes participantes corresponderam a 50% do total das equipes de cada UBS, totalizando 18 equipes.

Os entrevistadores reuniram-se com as equipes selecionadas, visando a esclarecer dúvidas sobre o objetivo e finalidade da pesquisa e, posteriormente, realizaram-se as entrevistas de forma individual em um ambiente que propiciou tranqüilidade e sigilo das informações fornecidas. Inicialmente, houve a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, a seguir, desenvolveu-se a entrevista, com duração média de 30 minutos.

As informações obtidas nas entrevistas podem ser registradas por anotações realizadas no decorrer da entrevista ou registradas ao terminar a entrevista e por meio de gravações em áudio [9-10]. Nesta pesquisa, optou-se pelas gravações, que foram transcritas pelo próprio entrevistador de forma literal, garantindo, assim, o detalhamento e a fidedignidade das informações. Em cada equipe, seis profissionais foram entrevistados: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e três agentes comunitários de saúde (ACS), totalizando 108 sujeitos de pesquisa. A participação de diferentes membros da equipe da ESF assegurou a complementaridade das informações e evitou-se sua parcialidade.

O roteiro utilizado constituiu-se de perguntas abertas que possibilitaram a captação das informações de interesse, de modo a compreender como são identificadas e enfrentadas as necessidades de saúde das populações, segundo o relato de cada membro entrevistado.

A pergunta número 1 teve o objetivo de conhecer, por meio de um relato de caso, uma das situações com que o profissional de saúde da ESF depara-se no trabalho cotidiano:

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

Nas perguntas seguintes, procurou-se enriquecer as informações fornecidas no relato de caso, buscando-se atingir os objetivos da pesquisa:

2. Nessa situação, quais foram as necessidades de saúde identificadas?

3. Após a identificação dessas necessidades, o que foi feito?

4. Nesta situação, quais foram os elementos que ajudaram a decidir se a necessidade deveria ser atendida ou não?

5. Na situação, quem decidiu a respeito do atendimento ou não das necessidades? Por quê?

6. Como você se sentiu nesta situação?

As perguntas foram estruturadas com palavras consideradas “familiares” (simples e de fácil compreensão) para os entrevistados [11]. Desta maneira, os entrevistados não tiveram problemas para respondê-las, com exceção de alguns auxiliares de enfermagem e ACS, que apresentaram dificuldade de compreensão nas perguntas 2 e 4, que foram reformuladas.

Cabe ressaltar, que a dificuldade da pergunta 2 esteve relacionada à falta de entendimento do significado de “necessidades de saúde”, embora fosse atribuição de todos os profissionais das equipes da ESF realizar ações de atenção integral, segundo as necessidades de saúde da população.

No decorrer das entrevistas, não houve dificuldade e as informações obtidas foram pertinentes para atingir aos objetivos propostos.

Referências

1. Merhy EE, Campos CR, Malta DC. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998.
2. Fracolli LA. Processo de trabalho de gerência: possibilidades e limites frente à reorganização do trabalho na rede básica de saúde de Marília [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.
3. Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. 385 p.
4. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método de enfermagem. São Paulo: Icone; 1996.
5. Baremblitt GF. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1996.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 140-61.
7. Meneses, CS. A unicidade do Sistema Único de Saúde em questão: a integralidade e a hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas;1998.
8. Barbosa TAV, Fracolli LA. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa de Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2005; 21(4): 1036-44.
9. Britten N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: Pope C, Mays N, editoras. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 21-9.
10. Oliveira MM. Como fazer pesquisa qualitativa. Recife: Bagaço; 2005. Instrumentos de pesquisa; p. 84-98.
11. Berg BL. Qualitative research methods: for the social sciences. Boston: Pearson Education; 2004. A dramaturgical look at interviewing; p. 75-122.

Metodologia para recorte econômico das necessidades em saúde

Sayuri Tanaka Maeda
Suely Itsuko Ciosak
Jussara Santos Pereira Machado Silva

Este capítulo faz parte do Subprojeto C intitulado: “Gastos na atenção básica: estudo de caso de duas Unidades Básicas de Saúde no Distrito de Capão Redondo”. A este subprojeto coube discorrer sobre os mecanismos de financiamento da atenção básica e demonstrar o montante de gastos e suas distribuições no processo de produção de serviços.

Como se trata de dados de natureza contábil-financeira, deve-se prever dificuldades na coleta de dados pela extensão e diversidade de locais onde estão armazenados, nas diferentes Unidades de Saúde.

Dentro do Sistema Único de Saúde, o financiamento da atenção básica vem sofrendo modificações positivas, no sentido de aumentar o aporte de investimento e custeio, como melhorar a visibilidade nos resultados. Este último somente é possível, ao imprimir uma relação de confiança, no contato serviço versus comunidade, de forma que construa caminhos conjuntos com o uso de tecnologias para promover a saúde e vida do coletivo, tratar a enfermidade, recuperar a saúde e intervir, quando necessário.

O recurso financeiro apresenta um poder diferenciado dos demais. A natureza do recurso exibe a capacidade de reserva de valor, por si só, mobiliza as pessoas, muitas vezes, de forma não adequada, porque cria fetiches mercadológicos que se contrapõem aos fundamentos humanos.

O preenchimento dos formulários visa compilar informações fidedignas que retratem a realidade dos gastos e alocação destes em diversos setores.

ANEXO I-A

Parte I – Identificação Geral

Preencher o nome da unidade, o endereço, CEP, telefone, bairro, Município e Estado.

Levantar a data de inauguração da unidade e, quando houver o início da vinculação a Organização Social(OS). Importante preencher se, Convênio ou Contrato de Gestão.

Continuando o preenchimento, descrever o número de equipes padrão ou com inserção da equipe de saúde bucal. Lembramos que Equipe de Saúde da Família (ESF) é constituída por médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, enquanto que a Equipe de Saúde da Família–Saúde Bucal (ESFSB) pode ser diferenciada por integrar profissionais de saúde bucal no caso um cirurgião dentista e um Auxiliar de Consultório Dentário (ESFSB-M1) ou quando for incorporado mais um Técnico de Higiene Dental (ESFSB-M2).

Lembrar que em algumas unidades existem equipes incompletas denominadas Programa de Agentes Comunitários (PAC), o qual não conta com médico e auxiliar de enfermagem.

Preencher o número de microáreas e número de habitantes pertencentes à macroárea.

Acrescentar número de pessoas e famílias cadastradas por equipe totalizando os no final.

Parte II - Custeio

Custeio significa gastos com pessoal, material, medicamentos, serviços de terceiros, manutenção predial e de equipamentos, além de água, energia, telefonia.

Em qualquer coleta de dados dessa natureza, a expectativa inicial é que haja uma organização contábil-financeira, ou seja, um sistema de registro de compras, estoques e pagamentos relativos às transações ou operações financeiras que demonstrem os gastos realizados.

A – Fontes de financiamento

Pelas regras atuais, após o Pacto de Saúde de 2006, a parte destinada à Atenção Básica constitui-se de um bloco de financiamento definido pela Portaria MS 399 de 20/02/2006 que divulga o Pacto Pela Saúde 2006, consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto.

É importante considerar que a OS ou Instituição conveniada é instância mediadora para gerenciar recursos provenientes da esfera federal, estadual e municipal e, o gestor é uma

condição que resguarda ao município, sobre o qual recai a responsabilidade de prestação de contas de repasses, advindos das esferas superiores.
O repasse para a OS é feito mediante um Plano de Trabalho anual, pactuado com o Município, na condição de gestor do Sistema de Saúde. Portanto, o Município tem a posição – matriz, de decisão para distribuir recursos. As instituições conveniadas ou sob forma de Contrato de Gestão recebem os repasses definidos no Plano de Trabalho, desvinculados da origem do recurso.

As OSs ou instituições embora devessem conhecer a origem do recurso, nem sempre valorizam essa informação, não reconhecendo se os recursos originaram do nível federal ou estadual. Pela falta dessa informação tendem a distanciar da importância do recurso transacionado, entre a figura jurídica pública e privada. Se essa informação estiver disponível, é possível remontar as fontes de financiamento, utilizando os valores definidos em Portarias na época. O que estiver além do repasse padrão do Governo Federal, face à execução do Plano de Trabalho, certamente, será coberto pelo Tesouro Municipal, o que na maioria das vezes chega a 60% do total. Na realidade o custeio da Atenção Básica configura-se como uma cesta de recursos originados nas três esferas de governo conforme Portaria 399.

Aquilo que é da responsabilidade do governo federal subdivide-se em dois componentes: Piso da Atenção Básica e Piso da Atenção Variável. O Piso da Atenção Básica corresponde em um montante de recursos financeiros que agregam as estratégias destinadas ao custeio de ações de atenção básica à saúde; Esses recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios. O Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável) consiste em um montante financeiro destinado ao custeio de estratégias específicas desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica em Saúde. No caso desse projeto, todos os tipos de equipes devem ser considerados na composição do PAB variável.

O repasse do recurso PAB tem como base um valor per capita por habitante do município, que varia de R$ 13,00 a R$ 18,00. Esse valor para o Município São Paulo, é de R$ 18,00 por habitante/ano, repassado mensalmente fundo à fundo de forma sistemática e automática 1/12 do valor calculado.

O repasse do recurso PAB variável cujo valor é definido e atualizado por Portaria específica, é composto do Saúde da Família, que é repassado um valor por equipe de ESF completa cuja produção tenha sido alimentada no SIAB. Em relação à equipe de saúde bucal, sendo consideradas as duas modalidades Mod I e Mod II, vale-se da mesma regra.

Quanto aos agentes comunitários de saúde, os valores de repasse também definidos em Portaria correspondem a um valor per capita por agente na ativa, em parcelas mensais mediante registros de produção mensal. No último trimestre há um repasse adicional.

Portanto, a cesta referida anteriormente, é composta de: o valor da equipe completa mais o valor da equipe de saúde bucal, se houver o valor correspondente ao número de agentes daquela equipe com respectivo adicional.

Com esta breve exposição o preenchimento dos formulários subseqüentes fica mais compreensível.

B – Recursos Humanos

Preencher com o número de profissionais das categorias contratadas na Unidade de acordo com os períodos assinalados. Compõe-se de: proventos, benefícios, encargos sociais pertinentes à Lei trabalhista conforme a especificidade da Instituição (Filantrópica ou não). Inclui, também, nesse item os valores correspondentes aos provisionamentos legais e aqueles pactuados com o Município, por exemplo, os percentuais relativos a rescisões trabalhistas.
Sabe-se que algumas categorias profissionais apresentam rotatividade, portanto, preencher diante dos fatos reais.

C – Custeio por Profissional

Preencher os campos com os valores estratificados conforme itens e vigências especificados. Em relação aos itens de provisionamento relativos a 13º salário e férias observar os índices legais e pactuados em plano de trabalho, pois, já estão inclusos no repasse. Quanto aos benefícios, diferem de instituição para instituição, de acordo com a política salarial, tendo em vista ser ela responsável pelas obrigações trabalhistas. Os encargos são aqueles previstos em Lei (FGTS, PIS e INSS). Com relação ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), em Instituição Filantrópica é isento de recolhimento da parcela referente ao seguro saúde (Patronal), não sendo repassada pelo município.

D - Custeio de Medicamentos por Grupos

Preencher os valores gastos mensalmente por grupos de medicamentos, conforme a classificação adotada na Secretaria da Saúde do Município de São Paulo. Os dados devem ser coletados por grupo de medicamentos conforme padrão adotado pelas UBSs. Portanto, são informações disponíveis no local, on-line. A captação dos preços dos medicamentos será obtida por meio de consulta das “Atas de Registro de Preços” em vigor no período correspondente à aquisição, geralmente, disponíveis no site da Prefeitura do Município de São Paulo. Observar que a última coluna corresponde à soma dos gastos do período analisado.

E - Vacinas

Pressupõe-se que as informações sobre número de doses por vacinas estarão disponíveis na UBS, pois o Serviço de vigilância Epidemiológica sempre primou pela exatidão dos dados por vacina, pela necessidade de cálculo de coberturas vacinais da população específica. Recomenda-se consultar as planilhas de vacinas aplicadas no mês de referência, disponíveis na UBS. Levantar as quantidades e os tipos de vacinas, consolidadas do mês e calcular o valor

dispendido, segundo tabela SIA, adicionando ainda os valores referentes ao material de consumo utilizado, por dose e por unidade de produto imunobiológico.

F - Gases Medicinais

O único gás utilizado é o oxigênio armazenado em cilindros que são abastecidos periodicamente. Sua unidade de medida é por m3, sendo assim, há necessidade de levantar o total consumido no mês de referência. A captação dos preços será obtida por meio de consulta das "Atas de Registro de Preços", em vigor no período correspondente à aquisição, geralmente, disponíveis no site da Prefeitura do Município de São Paulo. Observar que a última coluna corresponde à soma dos gastos do período analisado.

G - Materiais de Consumo

Os materiais de consumo são aqueles que guardam a característica de serem consumidos no ato da utilização. Compreendem materiais de assistência médica, odontológica e enfermagem, além de materiais de escritório, de limpeza e de expediente.
A responsabilidade da aquisição de materiais de consumo deve ser verificada, podendo ser fornecidos diretamente pela Prefeitura ou adquirido pela Instituição Parceira. Nesse sentido há necessidade de observar o que foi acordado no Convênio/Contrato de Gestão e Plano de Trabalho.

G1 - Material de Assistência Clínica

Por tratar-se de Assistência Clínica Ambulatorial, o volume de itens é reduzido, se comparados à assistência hospitalar; são aqueles utilizados nas salas de: vacina, atendimento em consultórios, administração de medicamentos, realização de curativos, inalação, atendimento odontológico, coleta de materiais para exames, visitas domiciliarias e, eventualmente, sala de observação em casos de urgência ou emergência. Os materiais são aqueles de uso rotineiro, tais como, gases, seringas, agulhas, luvas de procedimentos, algodão, espátulas, esparadrapos, amálgamas e outros.

\Pressupõe-se que o local adequado para a coleta desses dados seja o almoxarifado da Unidade. Por intermédio de fichas de controles de entrada e saída, informatizadas ou não, obter-se-á a quantidade utilizada no mês de referência. Os valores também serão obtidos por meio de "Atas de Registro de Preços" ou contratos de fornecimentos cujo detalhamento estará disponível nas cópias de Notas Fiscais e/ou nos contratos ou Atas de Registro de Preços, respectivas. Os dados deverão ser coletados, conforme sua destinação (Clínica ou Odontológica) e consolidados por tipo de centro de custo.

G2 - Materiais administrativos

Grande parte desses materiais é utilizada em serviços administrativos. Tipo: papéis de vários tamanho: ofícios A4, carta, impressos de clínica, cartolinas, canetas esferográficas, lápis, marcadores de texto, cola, fita adesiva transparente, borracha, clips, fita crepe, tinta branca corretiva, disquete, caneta hidrográfica, pincel atômico, grampos, envelopes, etiquetas, CDR-W, pasta AZ, pasta comum com elástico e outros.

O local adequado para a coleta desses dados, também é o almoxarifado da Unidade. Por intermédio das fichas de controles de entrada e saída, informatizadas ou não, obter-se-á a quantidade utilizada no mês de referência. Os valores também serão obtidos pelas "Atas de Registro de Preços" ou contratos de fornecimento quando a aquisição for pela Prefeitura. Caso a aquisição é feita pela própria instituição, consultar as cópias das notas fiscais nas quais constará o detalhamento dos produtos adquiridos. Os dados deverão ser coletados de acordo com sua destinação e consolidados por tipo de centro de custo.

G-3 - Limpeza

Quanto aos materiais de limpeza, inicialmente, verificar se, para esse serviço há contrato de terceiros ou não. Caso o serviço esteja terceirizado, analisar o contrato que poderá incluir o fornecimento do material de limpeza ou não. Se o fornecimento estiver incluso no contrato (percentual do total) calcular o gasto por m^2. Quando não incluir o fornecimento do material os valores referentes deverão ser coletados nas Notas Fiscais de aquisição, em que constarão o detalhamento dos produtos utilizados, observando se o abastecimento foi feito pela Prefeitura ou pela Instituição.

Preencher os gastos de materiais de limpeza por mês de referência: água sanitária, sapóleo, ceras, panos de chão, espanadeiras, palhas de aço, esponja, luvas de limpeza, uniformes, botas de borracha, vassouras, rodos, sabão líquido, sabão em pedras, etc., verificar manutenção de equipamentos como máquinas para lavar e encerar o piso, aspiradores de pó. Observar a necessidade de totalização desses itens.

H - Infraestrutura

Este item abrange: o fornecimento de água, energia, telefonia fixa e móvel, Internet, gastos com aluguel de imóveis e/ou equipamentos, combustíveis, além de manutenção, tanto predial como de equipamento.

H-1 – Água

Consultar notificações de consumo mensal, observando o mês de competência, consumo e valores correspondentes.

H-2 - Energia Elétrica

Consultar notificações de consumo mensal, observando o mês de competência, consumo e valores correspondentes.

H-3 - Telefone

Consultar notificações de consumo e valores por linhas, observando mês de competência (telefone fixo e celular).

H-4 - Internet

Transcrever, se houver, valores mensais, observando o mês de competência.

H-5 - Aluguéis

Consultar contratos de locação (imóvel/equipamento) observar os meses de competência.

H-6 - Combustíveis

Consultar os valores das Notas fiscais de fornecimento referentes ao mês de competência.

H-7 - Manutenção Predial

Trata dos gastos pontuais (não contínuos) com a manutenção física tais como: pintura eventual, consertos de encanamentos, fiações elétrica e outros. Consultar os valores das Notas Fiscais referentes ao mês de competência.

H-8 - Manutenção de Equipamentos e Veículos

Refere-se aos gastos pontuais com a manutenção dos equipamentos e reparos dos veículos. Consultar os valores das notas fiscais referentes ao mês de competência.
Observar a necessidade de totalização desses itens.

I - Serviços de Terceiros

Este item compõe os gastos com Contratos de Serviços de Terceiros, tais como: limpeza, segurança, manutenção de equipamentos. Verificar o Contratante que tanto pode ser a Instituição parceira ou a Prefeitura. Os dados serão coletados no instrumento de contrato que pode ser obtido com a Instituição ou site da Prefeitura.

I-1- Limpeza

Refere-se aos gastos mensais com a empresa contratada. Consultar os valores das parcelas mensais, observando o mês de competência do objeto contratado.

I-2- Segurança

Refere-se aos gastos mensais com a empresa contratada para fornecimento de vigilantes, seguranças ou equipamentos para monitoramento visando a proteção patrimonial. Consultar os valores das parcelas mensais, observando o mês de competência do objeto contratado.

I-3- Manutenção de Equipamentos

Refere-se aos gastos mensais com os contratos de manutenção, de acordo com a natureza dos equipamentos (odontologia, esterilização, veículos e outros). Consultar os valores das parcelas mensais, observando o mês de competência do objeto contratado.

I-4- Outros

Neste item incluir os demais contratos não especificados nos itens acima.
Observar a necessidade de totalização desses itens.

J – Depreciação

Trata-se de um fenômeno contábil que expressa a perda de valor cujos valores imobilizados de utilização sofrem no tempo, por força de seu emprego na gestão. É a diminuição de valor dos bens corpóreos que integram o ativo permanente, em decorrência de desgaste ou perda de utilidade pelo uso, ação da natureza ou obsolescência. O cálculo de depreciação tem como base a vida útil de um bem sobre o qual é definido um percentual aplicado anualmente para atualização do valor.

Este item compõe-se da parcela a ser provisionada mensalmente, por item de equipamentos, veículos e instalações físicas, visando a aplicação dos índices legais de depreciação. Consultar os valores no setor de patrimônio da Instituição Parceira.

K - Outras Despesas

Incluir itens que não especificados anteriormente.

Parte III - Investimentos

Investimento significa gastos para aumentar a capacidade produtiva da instituição, referindo-se à aquisição de equipamentos, mobiliários, reformas estruturais e ampliações. Nos contratos de gestão e/ou convênios de parceria, os saldos financeiros não podem ultrapassar o valor da despesa de um mês. Mas, qunado não utilizado, o recurso obrigatoriamente deve permanecer aplicado no mercado financeiro cujas movimentações devem constar de relatórios mensais de prestação de contas.

A - Equipamentos

Este item refere-se à aquisição de equipamentos a serem utilizados na operacionalização do contrato/convênio. Estes equipamentos adquiridos pelas instituições são bens patrimoniais de propriedade da prefeitura, justificando a origem do recurso de fundo público. Periodicamente, são relacionados e submetidos a trâmites burocráticos, visando à transferência para o patrimônio público. Os valores de aquisição poderão ser encontrados em notas fiscais na contabilidade da instituição ou arquivos administrativos, se já tiverem sido incorporados nos processos de patrimônio.

B - Reformas

Este item refere-se aos valores gastos com reformas estruturais ou ampliações do imóvel. Estes valores só serão computados se a reforma ocorreu no período analisado.

O método etnográfico em pesquisas sobre necessidades de saúde: uma análise sociocultural

Eunice Nakamura
Denise Martin

Introdução

A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui-se em uma das principais estratégias de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) levada a cabo pelo Ministério da Saúde (MS). Mais do que um programa de saúde, a ESF tem como objetivo reverter o modelo assistencial vigente com base na reorganização da prática da atenção à saúde, em substituição ao modelo tradicional, tendo "como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população" [1].

Considera-se ainda como aspecto fundamental à proposta da ESF de mudança do modelo assistencial, a observação e a afirmação dos princípios básicos do SUS, a saber: a universalização, a descentralização, a integralidade da atenção, hierarquização, eqüidade e a participação social no cuidado à saúde.

No entanto, a magnitude e a complexidade da proposta mostram um desafio à implantação da ESF e à própria possibilidade de consolidação do SUS. Grande parte dessas mudanças depende diretamente do modo como os serviços e as práticas de saúde se organizam e de como o processo de trabalho das equipes estrutura-se a partir das necessidades de saúde da população, exigindo a compreensão do contexto socioeconômico e cultural em que vivem e suas condições de vida e de trabalho. Nesse sentido, as necessidades podem funcionar como "*analisadoras*" das práticas em saúde, expressando o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor maneira possível, necessidades que são sempre complexas [2-3], também, ressaltam a centralidade das necessidades para o trabalho em saúde, na medida que revela o modo como a organização tecnológica do trabalho em saúde articula-se à realidade de um dado território.

As possíveis mudanças do modelo assistencial pela ESF devem ser compreendidas, portanto, pelas estratégias formuladas pelas equipes para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades da população em um dado território, e não por meio da análise das estruturas formais da organização do sistema. Revela-se, assim, um processo dinâmico de interação entre experiência, prática profissional e necessidades de saúde, segundo as realidades particulares vividas pelos diferentes grupos da população atendida pela estratégia.

Nessa perspectiva, os estudos a respeito da ESF, tanto da dinâmica do processo de trabalho nas equipes como das concepções populares de necessidades de saúde, assumem importância, conforme a estratégia de implantação encontra-se vinculada ao objetivo de organizar a prática assistencial em um dado território [4]. Esses estudos, mais diretamente relacionados ao tema das necessidades em saúde, apontam para a importância de se compreender como essas necessidades são identificadas e enfrentadas, tanto na perspectiva

dos trabalhadores de saúde, integrantes das equipes de saúde como das populações atendidas. Complementa-se, assim, uma análise da perspectiva política e estrutural com um estudo mais detalhado das visões, práticas e estratégias envolvidas no reconhecimento e atendimento dessas necessidades.

Estudos qualitativos sobre necessidades de saúde

Voltando-se mais especificamente ao modo como as práticas em saúde se organizam na ESF, é preciso conhecer mais profundamente as formas de reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população no processo de trabalho das equipes. É importante analisar a relação entre as necessidades, como realização de projetos humanos, e as práticas de saúde, como práticas sociais capazes de traduzir e atender essas necessidades. Ao mesmo tempo, é preciso reconhecer quais são as necessidades de saúde que possuem algum sentido à população.

Esta perspectiva é reveladora de como, no campo da saúde coletiva, a interdisciplinaridade torna-se essencial à compreensão dos fenômenos e das práticas relacionadas ao processo de saúde e doença, considerado a partir de contextos históricos e socioculturais diferenciados [5].

As Ciências Sociais, particularmente a Antropologia, trazem uma importante contribuição aos estudos sobre necessidades de saúde. Por um lado, possibilitam a compreensão das características e particularidades das práticas dos trabalhadores da saúde, em termos da adequação às necessidades das diferentes sociedades e grupos sociais atendidos pelos serviços. Por outro lado, possibilitam revelar as percepções da população sobre suas necessidades de saúde e formas particulares de lidar com as mesmas.

Neste sentido, a perspectiva antropológica pode contribuir aos estudos sobre necessidades de saúde, ampliando as análises realizadas, ao revelar os diferentes significados de necessidades e práticas de saúde. Tal contribuição é apontada por estudo crítico sobre os instrumentos utilizados em visitas domiciliárias de saúde (health visiting) na Inglaterra, para avaliar as necessidades de saúde da população [6]. As autoras criticam o uso de instrumentos estruturados com ênfase na abordagem epidemiológica de riscos e na medicalização, defendendo a importância de estudos etnográficos sistemáticos para se aproximar da população, ampliando a perspectiva contida nos instrumentos tradicionais e possibilitando a identificação de necessidades de grupos não imediatamente visíveis, mas vulneráveis, oferecendo a eles o suporte necessário e mais adequado às suas diferentes realidades.

O método etnográfico

Conhecer as características do processo de trabalho na ESF, em termos das práticas e formas utilizadas para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde pressupõe compreender os significados atribuídos pelos trabalhadores das equipes de saúde da família a

necessidades de saúde e, ao mesmo tempo, apreender necessidades de saúde com algum sentido à população atendida pela estratégia.

Nesse possível encontro entre diferentes atores sociais (trabalhadores e população), revelam-se os significados, também, diferentes atribuídos às necessidades de saúde e formas particulares de lidar com elas.

O método etnográfico é fundamental para apreender tais significados. No trabalho etnográfico, a realidade é abordada de maneira singular, num processo interpretativo do pesquisador, que observa as condições e o contexto no qual se coletam as informações [7]. De acordo com os autores, estas informações permitem um conhecimento mais amplo e profundo das diferentes realidades, sendo obtidas utilizando-se, no geral, a observação participante e entrevistas em profundidade.

Em se tratando do método etnográfico não é possível fazer referência à noção de significado sem mencionar os conceitos de **etnocentrismo** e **cultura**, fundamentais ao processo de origem do próprio método. Denominamos etnocentrismo como "essa visão de mundo, contrária à idéia de diversidade das sociedades e culturas, fundamentada em valores de uma única sociedade" [8] e cultura como uma teia de significados tecida pelo próprio homem e à qual ele se encontra amarrado [9].

Ao romper com o etnocentrismo, buscando o significado das diferentes culturas, o método etnográfico possibilita responder à pergunta: "o que tudo isso significa" para a população que se busca compreender, traduzindo para a linguagem do pesquisador "o pensamento e o comportamento de outras sociedades, expressas em uma linguagem e uma visão de mundo diferentes, revelando assim o outro" [8].

Em relação às pesquisas sobre necessidades de saúde, o método etnográfico pode contribuir para revelar no processo de trabalho das equipes de saúde, mediante a observação de reuniões ou de outras atividades realizadas, como as necessidades de saúde da população são identificadas, como são discutidas na equipe e quais são as formas de encaminhamento. As entrevistas em profundidade com trabalhadores de saúde, pessoas atendidas e outros informantes-chave podem auxiliar na obtenção das opiniões dos entrevistados sobre a população atendida, da comunidade e do seu entorno, na identificação das percepções de necessidades de saúde e dos principais problemas de saúde a quem se recorre para resolver os problemas e formas de lidar com eles.

Ao retornar do campo, o pesquisador passa à interpretação dos fenômenos observados, registrados em seu diário de campo e das transcrições das entrevistas realizadas, organizando e sistematizando esse material, destacando categorias que lhe possibilitem compreender e, ao mesmo tempo, explicar a experiência dos grupos estudados – no caso usado como exemplo neste capítulo, dos trabalhadores e da população atendida pela ESF – revelando seus próprios modelos explicativos sobre as necessidades de saúde, modelos estes analisados à luz de referencial teórico pertinente sobre o tema.

O conceito de necessidades de Agnes Heller [10] apresenta-se como escolha teórica bastante apropriada à abordagem etnográfica, na medida que nele se afirma a dimensão qualitativa das necessidades e de sua possível satisfação, pois as necessidades constituem-se e diferenciam-se por meio de valores, sendo avaliadas social e culturalmente.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1998.

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

3. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p.113-26.

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

5. Paim JS. Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006.

6. Cowley S, Mitcheson J, Houston AM. Structuring health needs assessments: the medicalisation of health visiting. Sociol Health Illn. 2004; 26(5): 503-26.

7. Nakamura E, Quirino JS. Depressão infantil: abordagem antropológica. Rev Saúde Pública. 2007; 41(1):53-60.

8. Nakamura E. O lugar do método etnográfico em pesquisas sobre saúde, doença e cuidado. In: Nakamura E, Martin D, Santos JFQ, editores. Antropologia para Enfermagem. Barueri: Manole; 2009.

9. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; 1989.

10. Heller A. Una revision de la teoria de las necesidades. Barcelona: Ediciones Paidós; 1996.