

SÉRIE ENFERMAGEM



---

**FUNDAMENTOS  
DE SAÚDE  
COLETIVA E O  
CUIDADO DE  
ENFERMAGEM**

---

18. Young ME. Ingredientes-chave para um programa de desenvolvimento infantil eficaz: um relato de experiências envolvendo comunidade, governo e setor privado. In: Cypel S, Kisil M, Lisbona PW (orgs.). Desenvolvimento Infantil da concepção aos três anos de idade: contribuição do I *Workshop* da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV). São Paulo; 2007. p. 23-9.
19. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Situação da infância brasileira – 2001. Desenvolvimento infantil: os seis primeiros anos de vida. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2001.
20. Shore R. Repensando o cérebro: novas visões sobre o desenvolvimento inicial do cérebro. Porto Alegre: Mercado Aberto; 2000.
21. Programa Infância Desfavorecida no Meio Urbano (PIDMU): caminhos metodológicos. Rio de Janeiro: Cecip; 2000.
22. Moser C, Gatehouse M, Garcia H. Guía metodológica para la investigación de la pobreza urbana. Módulo I: Encuesta de hogares de una comunidad urbana. Washington D.C: Urban Management Programme; 1996.
23. Veríssimo MDLOR, Chiesa AM. A Promoção do desenvolvimento infantil: instrumento para o acompanhamento dos cuidados familiares. In: Fujimori E, Ohara CVS (orgs.). Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Barueri: Manole; 2009. p. 328-53.
24. Chiesa AM. Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da promoção da saúde. [Tese de livre-docência.] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
25. Cecconello AM. Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de pobreza: fatores de risco e proteção. [Tese de doutorado.] Porto Alegre: Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
26. Cowley S. Developing and measuring resilience for population health. *African Health sciences* 2008;8(S):41-3.

#### PARA SABER MAIS

- Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Cepesc, Abrasco; 2009.
- Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Cepesc, Abrasco; 2007.
- Pinheiro R, Silva Junior AG (orgs.). Por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Cepesc, Abrasco; 2010.

## NECESSIDADES DE SAÚDE E O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA

CELIA MARIA SIVALLI CAMPOS  
CASSIA BALDINI SOARES



#### PONTOS A APRENDER

1. Identificar as concepções do processo saúde-doença e as necessidades de saúde a elas relacionadas, associando-as à prática social de enfermagem.
2. Identificar como são averiguadas as necessidades de saúde para implementar o cuidado de enfermagem.
3. Definir necessidades humanas básicas e necessidades de saúde.
4. Compreender por que as necessidades de saúde não são universais.
5. Descrever formas concretas de cuidado de enfermagem em saúde coletiva, tomando por referência as necessidades de saúde dos grupos sociais.



#### PALAVRAS-CHAVE

Necessidades de saúde, necessidades humanas básicas, determinação de necessidades de saúde, enfermagem.



#### ESTRUTURA DOS TÓPICOS

Introdução: de que necessidades estamos falando? Concepções do processo saúde-doença e necessidades de saúde a elas relacionadas. Necessidades de saúde e o cuidado de enfermagem. Necessidades de saúde na perspectiva da saúde coletiva. Formas concretas de cuidado de enfermagem em saúde coletiva, tomando por referência as necessidades de saúde de grupos sociais. Resumo. Propostas para estudo. Atividade sugerida. Referências bibliográficas. Para saber mais.

## INTRODUÇÃO: DE QUE NECESSIDADES ESTAMOS FALANDO?

Inicialmente, é necessário fazer uma distinção entre identificação de necessidades de saúde de indivíduos, famílias e grupos sociais e o planejamento dos serviços de saúde requeridos para responder a essas necessidades, pois geralmente são termos tomados como sinônimos. Ao se iniciar leitura sobre o assunto – necessidades de saúde –, é difícil identificar num primeiro momento a qual necessidade o texto se refere.

Isso ocorre porque na língua portuguesa a terminologia “necessidades de saúde” tem sido utilizada para os dois sentidos do conceito, possivelmente influenciada pelos vocabulários controlados utilizados para identificar os temas das publicações na área da saúde. O vocabulário formalmente aceito para indexação dos artigos científicos nas principais bases de dados é o Medical Subject Headings\* (MeSH).

Nesse vocabulário – o MeSH –, *needs assessment* é relacionado à identificação das necessidades humanas amplas, associadas a aspectos da educação, da saúde, da sociabilidade, entre outras. Porém, as necessidades, ao serem especificadas na área da saúde – *health needs assessment* –, parecem referir-se apenas a necessidades de serviços de saúde, e são tomadas como sinônimo de *health care needs assessment*, que diz respeito à distribuição de recursos para atender necessidades de saúde. Provavelmente na tradução dos termos para o português essas duas perspectivas – identificação de necessidades de saúde e respostas a elas pelos serviços de saúde – foram sinalizadas igualmente como necessidades de saúde.

Por isso, neste capítulo serão utilizados os termos:

- identificação de necessidades de saúde: quando referir-se à identificação, levantamento e descrição de necessidades de indivíduos, famílias e grupos sociais;
- serviços requeridos para atender necessidades de saúde: quando referir-se ao planejamento e distribuição de recursos para atender necessidades de saúde.

\* Medical Subject Headings [on line]. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> >. Acesso em: 20/03/2012.

Na enfermagem, “necessidades de saúde”, “necessidades humanas” ou, ainda, “necessidades humanas básicas” são expressões bastante utilizadas e pouco definidas.

Para averiguar como o enfermeiro identifica necessidades de saúde, uma vez que são as desencadeadoras do cuidado à saúde, é preciso que se reconheça a concepção de necessidades de saúde que embasa o cuidado de enfermagem.

No entanto, as concepções de necessidades de saúde estão intrinsecamente relacionadas às concepções do processo saúde-doença. Por exemplo, se a compreensão é a de que doença é resultado do encontro de um agente causal com um corpo suscetível, as necessidades de saúde nesse caso são: a identificação do agente causal e a interrupção da cadeia de transmissão.

Optou-se aqui, então, por começar identificando as concepções do processo saúde-doença e as necessidades de saúde a elas relacionadas, desde o período em que a enfermagem perdeu o *status* de prática realizada por leigos e passou a ser considerada trabalho, uma prática social\*, em meados do século XIX.

## CONCEPÇÕES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E NECESSIDADES DE SAÚDE A ELAS RELACIONADAS

Uma vez que a ciência não é neutra, sofre continuamente inflexões associadas ao contexto econômico, social e político em que se desenvolve, ou seja, é historicamente determinada<sup>1,2</sup>, o arcabouço teórico que embasa as práticas de enfermagem acompanha essas inflexões<sup>2,3</sup>.

A enfermagem como trabalho esteve em sua origem mergulhada no contexto das mudanças sociais de países da Europa, que culminaram com a Revolução Industrial, a consolidação do capitalismo como modo de produção social e o aumento descomunal da mortalidade, especialmente entre jovens em idade produtiva.

\* Adotou-se a definição de prática social feita por Silva (1989; p. 96): “atividade humana, trabalho humano imbricado em uma dada estrutura social; atividade nascida do relacionamento entre os homens e voltada para o atendimento de certas necessidades deles”.

A resposta da saúde à necessidade social de controlar o que colocava em risco o capitalismo foi tomar para si o controle social das condições de reprodução dos grupos sociais, por meio de práticas normativas de saneamento ambiental urbano e de educação em saúde. Assumidas pela saúde pública e direcionadas ao proletariado, tais práticas visavam diminuir ou estabilizar a ocorrência de novos casos. Elas tornaram-se possíveis de serem viabilizadas pelo desenvolvimento das ciências naturais, como a matemática, que permitiu a evolução de métodos capazes de prever quantos indivíduos seriam acometidos por uma epidemia, e pelo conhecimento da geografia, que deu margem à antevisão de onde os casos ocorreriam<sup>1,4</sup>.

Nesse contexto econômico, social e político, a necessidade social de saúde preponderante era o controle ou o combate de surtos ou epidemias.

Uma vez que as concepções de necessidades de saúde estão intrinsecamente relacionadas às concepções do processo saúde-doença, e diante da incontestável associação entre a distribuição das doenças e mortes na população e o lugar social que os indivíduos ocupavam na reprodução da vida social, era inegável que responder socialmente a essas necessidades significava implementar mudanças nas condições de trabalho e de vida desses indivíduos, só factíveis com alteração na estrutura social.

No entanto, essa concepção era contrária à necessidade social de expansão do capitalismo, pois as desigualdades sociais constituem uma das premissas do modo de produção capitalista. Portanto, ficou restrita ao debate em círculos não influentes para alterar o processo em curso<sup>1</sup>.

Novamente nesse período, a influência das ciências naturais, dessa vez com o amadurecimento das ciências da fisiologia e da patologia, permitiu que fosse ultrapassada a dimensão da constituição de métodos de identificação de necessidades de saúde (pautados na epidemiologia e na estatística). Para além da identificação de necessidades, essas ciências fundamentaram a interpretação da doença como “alteração morfológica e/ou funcional do corpo humano”, passando a ser o corpo biológico individual o lugar privilegiado para a investigação e o cuidado da doença<sup>1</sup> (p. 69).

Agregou-se, assim, à necessidade de conter doenças transmissíveis, a necessidade social de recuperação e manutenção dos corpos nos padrões fisiológicos de normalidade.

Porém, foi apenas após o desenvolvimento de medicamentos e procedimentos, já no século XX, que ganhou proeminência esse modelo clínico, baseado nos saberes da clínica anatomopatológica<sup>1</sup>.

A medicina baseada na clínica anatomopatológica serviu bem a esse reforço, alinhando-se às necessidades sociais de saúde próprias do capitalismo (manutenção e restabelecimento dos corpos dos indivíduos em condições para o trabalho) e à premissa do projeto político ideológico do capitalismo (o convencimento de que todos somos iguais perante a lei, o que individualiza cada um), pois também é individualizante. A doença localiza-se no corpo individual, um corpo abstrato e reduzido às suas dimensões biológicas, naturalizando o fenômeno, que “deixa de ser imediatamente social”<sup>1</sup> (p. 71).

Coerente com essa concepção de doença, a relação técnica médico-paciente passou a ser estabelecida entre o médico e o corpo individual do paciente e o hospital. O local, que era até então depósito de excluídos de toda sorte, passou a ser adequado para estabelecer tal relação técnica e tornou-se espaço de tratamento, contando com a presença sistemática do médico<sup>1</sup>. Foi nesse contexto que a enfermagem firmou-se como prática social.

## NECESSIDADES DE SAÚDE E O CUIDADO DE ENFERMAGEM

A enfermagem, desde meados do século XIX, vinha se apropriando da influência das ciências naturais para fundamentar o cuidado em saúde, na tentativa de superar as práticas de cuidado de senso comum realizadas por leigos. Florence Nightingale, filha da aristocracia inglesa, que diferentemente das mulheres do seu tempo estudou e tinha domínio da escrita e da estatística, protagonizou essa inflexão que deu origem à enfermagem profissional. Ela aceitou o desafio de cuidar de soldados feridos na Guerra da Crimeia em hospitais militares com precárias condições de higiene, de equipamentos e com insuficiência de recursos humanos<sup>2</sup>.

Por adotar a concepção dominante das ciências da fisiologia e da patologia, que propunha a existência de agente causador da doença no ambiente (os miasmas), Florence sugeriu adaptações no ambiente de tratamento das frentes de batalha, para permitir a ação da nature-

za sobre os enfermos, com vistas à recuperação. A adoção de medidas de organização do espaço para afastar contaminantes determinou a diminuição vertiginosa das mortes entre os combatentes. Florence levou para dentro do hospital essa concepção e organizou as práticas de enfermagem para cuidar e para controlar o ambiente<sup>2</sup>.

No hospital, já como local privilegiado para a realização da prática clínica no corpo do paciente, enquanto a medicina afastou-se das ações do ambiente, a enfermagem centrou suas práticas nele<sup>3</sup>.

A enfermagem passou a ser uma prática social para realizar uma parte do trabalho do médico, a parte mais manual, pois a complexidade do tratamento do paciente no hospital inviabilizou que todo o procedimento fosse realizado apenas pela categoria médica. Constituiu-se assim “a primeira extensão do médico em um trabalhador coletivo” e seguiu-se a divisão social do trabalho do médico, que compartilhou o seu trabalho com outros trabalhadores da saúde, mas manteve o domínio e continuou sendo o determinante do processo ao ficar com a parte mais intelectual do processo (diagnóstico, prescrição) e com certas técnicas privilegiadas<sup>1</sup> (p. 72).

Foi assim que a prática de enfermagem, que até então era independente, passou a ser dependente e subordinada à prática e ao saber médicos. Preponderantemente o da clínica anatomopatológica tornou-se o eixo de todas as práticas advindas da divisão social do trabalho<sup>3</sup>. Desde a segunda metade do século XIX até a década de 1960, a enfermagem aprimorou a prática do cuidado com essa premissa.

Com o projeto de retomada da independência e de constituir-se como prática autônoma, a enfermagem procurou desenvolver um corpo de conhecimentos específicos da profissão.

Em busca do estatuto científico da profissão, a partir da década de 1960, enfermeiras americanas desenvolveram as teorias de enfermagem, pressupondo, como reiterou Horta<sup>5</sup>, que a autonomia profissional dependia fundamentalmente da adoção da ciência no planejamento e na execução do cuidado.

Foi com essa finalidade que as teorias de enfermagem foram constituídas, majoritariamente nas décadas de 1960 e 1970, tomando como ponto de partida conceitos e teorias de outras disciplinas ou áreas do saber, como a medicina, a psicologia e as ciências sociais<sup>2,3,6</sup>, com a finalidade de organizar e sistematizar as práticas.

Dessa forma, a enfermagem, pela mediação das teorias das várias áreas, construiu métodos para organizar e sistematizar as práticas, métodos esses que, articulados, constituíram o processo de enfermagem.

As teorias de enfermagem orientam o cuidado de pacientes, desde a identificação das necessidades de saúde até a avaliação do cuidado prestado. Por isso, neste capítulo, optou-se por reconhecer as teorias de enfermagem menos como corpo teórico formado por saberes particulares da área, da mesma forma que Almeida, Rocha<sup>3</sup>, e mais como um conjunto de métodos que operacionalizam e sistematizam o cuidado específico de enfermagem, baseados em referenciais teóricos de outras áreas do conhecimento científico.

Esses métodos foram então se constituindo no contexto do processo dinâmico da construção do conhecimento.

Nesse processo os métodos propostos por Florence, a primeira que aceitou o desafio de organizar a prática da enfermagem como profissão (1854 a 1860) e, por isso, conhecida como a primeira teórica da enfermagem, baseavam-se no paradigma positivista que amparou a construção científica das ciências naturais, introduzindo no cuidado a influência do meio ambiente, considerado como meio natural. Ou seja, como espaço controlável que faz parte de um sistema que precisa se harmonizar para efetivar a cura.

O hospital, então, foi proposto como espaço em que se podia controlar a segurança, a higiene e o conforto do doente, e os métodos para a sistematização do cuidado de enfermagem, denominados teorias de enfermagem, foram desenvolvidos nesse âmbito hospitalar.

Em meados do século XX, acompanhando o movimento crítico da ciência ao positivismo, que propôs novos paradigmas para interpretar os fenômenos associados às relações humanas e sociais (apresentado no Capítulo 4, “Reprodução social e processo saúde-doença: para compreender o objeto da saúde coletiva”), a enfermagem incorporou conhecimentos dos paradigmas interpretacionista e crítico.

Assim, a enfermagem lançou mão de diversas correntes teóricas que tinham em comum o resgate das características das relações humanas no âmbito afetivo e emocional, no paradigma interpretacionista sem, no entanto, abrir mão da centralidade teórica das concepções sistêmicas do paradigma positivista.

No Brasil, é possível identificar essa tendência mais geral no processo de enfermagem de Wanda Horta<sup>6</sup>, enfermeira precursora da sistematização do cuidado pautado no método científico, que ampliou o rol das necessidades humanas básicas ao incorporar às dimensões fisiológicas dimensões afetivas e emocionais, valendo-se da teoria motivacional do psicólogo Abraham Maslow, e aspectos espirituais, pautando-se na teoria das necessidades humanas básicas do padre João Mohana, de quem apreendeu certa classificação de necessidades: as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

Um olhar sobre as referências da constituição internacional dos métodos de sistematização do cuidado de enfermagem<sup>7</sup> mostra que foram maciçamente desenvolvidos por enfermeiras americanas.

No contexto histórico social das décadas de 1960 e 1970, período de questionamento e discordâncias epistemológicas dos encaminhamentos positivistas pautados nos saberes da clínica anatomofisiológica, a enfermagem acompanhou a inflexão da construção do conhecimento científico e foi, a partir desse período, agregando os saberes dos paradigmas compreensivistas, que incorporaram outras dimensões à concepção do processo saúde-doença, até então restrita às necessidades fisiológicas. No entanto, a enfermagem apenas reuniu esses saberes – os da psicologia, sociologia e até da teologia – aos já estabelecidos pela tradição positivista, mantendo como eixo central do cuidado os saberes da biologia.

Somente depois de um século da proposta de Florence Nightingale para organizar as práticas de enfermagem por meio de métodos assentados no paradigma científico, foi proposto o segundo conjunto de métodos.

A primeira autora a incorporar esses saberes foi Hildegard Peplau<sup>8</sup>, que em 1952 buscou teorias da área da psicologia para embasar seu método de reconhecimento de necessidades de saúde, ampliando a possibilidade de identificação de necessidades do âmbito emocional dos indivíduos. Esse método, a *teoria do relacionamen-*

<sup>6</sup> Nursing theories: a companion to nursing theories and model [on line]. Disponível em: <[http://currentnursing.com/nursing\\_theory/](http://currentnursing.com/nursing_theory/)>. Acesso em: 22/03/2012.

<sup>8</sup> Theory of the interpersonal relations [on line]. Disponível em: <[http://currentnursing.com/nursing\\_theory/interpersonal\\_theory.html](http://currentnursing.com/nursing_theory/interpersonal_theory.html)>. Acesso em: 24/03/2012.

*to interpessoal*, foi o primeiro de muitos outros métodos desenvolvidos por enfermeiras nos Estados Unidos.

A *teoria do relacionamento interpessoal* foi influenciada pelo *modelo relacional* desenvolvido pelo psiquiatra Harry Stack Sullivan que, partindo do paradigma interpretacionista e em contraposição à concepção individualista, afirmou que os humanos são seres em relação, sem as quais é impossível o aprimoramento e a realização da natureza humana. O método constituído por Peplau também sofreu influência dos estudos científicos sobre personalidade feitos pelo psicólogo Percival Symonds, além da teoria do *biofeedback* de Neal Elgar Miller, cientista social que utilizava conceitos da psicologia comportamental e da psicanálise em seus estudos e pesquisas. Foi empregada também a teoria da motivação humana, de Abraham Maslow.

A partir dessa articulação de saberes, Peplau adotou a concepção de saúde como conjunção de vários fatores no âmbito do *organismo* (dinâmico e que busca equilíbrio), do *ambiente* (forças externas ao indivíduo), das *condições de saúde* e de *vida comunitária*, que em harmonia determinam o bem-estar do indivíduo.

Portanto, coerentemente a essa concepção multicausal de saúde, necessidades de saúde no método de Peplau são reconhecidas no âmbito desses fatores.

A exemplo de Peplau, outras enfermeiras americanas desenvolveram métodos para organizar o cuidado de enfermagem (teorias de enfermagem), notadamente entre as décadas de 1960 e 1970.

De maneira geral, todos esses métodos foram desenvolvidos a partir do paradigma interpretacionista, principalmente a fenomenologia, o existencialismo e o holismo, que subsidiam a concepção multicausal do processo saúde-doença.

Porém, embora partam de uma base comum, apresentam nuances que os diferenciam, como as diversas escolas teóricas de referência e os vários “fatores” privilegiados na determinação das necessidades de saúde.

Muitos desses métodos tiveram a influência mais maciça da teoria dos sistemas, como a *teoria dos sistemas*, de Betty Newman e a *teoria dos três C's* (*core, care, cure*), de Lydia Hall. Outros incorporaram à teoria dos sistemas conhecimentos das ciências sociais (funcionalista) e da psicologia (comportamental), como: o *modelo*

de adaptação (de comportamentos), de Sister Callista Roy; o *modelo dos sistemas*, de Dorothy Johnson; a *teoria do alcance de metas*, de Imogene King; a *teoria dos quatro princípios de conservação*, de Myra Estrine Levine.

Outro conjunto de métodos, pautados nos saberes da psicologia e da filosofia, acrescentaram mais fortemente ao rol de necessidades de saúde a centralidade do indivíduo como sujeito do cuidado, incorporando para isso aspectos do desenvolvimento da consciência, da autoestima e de autoaceitação, tanto do paciente quanto do enfermeiro. Podem ser citados como exemplos dessa perspectiva: o *modelo do relacionamento pessoa a pessoa*, de Joyce Travelbee; a *teoria humanística de enfermagem*, de Josephine Peterson e Loretta Zderad; a *teoria da unicidade dos seres humanos*, de Marta E. Roger; a *teoria da saúde como expansão da consciência*, de Margaret Newman; a *teoria do processo de enfermagem deliberativo*, de Ida Orlando; a teoria de Ernestine Wiedenbach – *a arte da ajuda na enfermagem clínica*.

Enquanto na tendência citada se incentiva a consideração do sujeito desde o planejamento até a avaliação do cuidado, a teoria das necessidades humanas de Maslow caracterizou-se por dar ênfase aos aspectos motivacionais dos sujeitos. A enfermagem utilizou essa teoria no desenvolvimento dos seguintes métodos: *teoria de necessidades*, de Virginia Henderson; *teoria dos 21 problemas de enfermagem*, de Faye Glenn Abdellah; *teoria do déficit de autocuidado* ou *teoria orientada pela doença*, de Dorothea Orem; e, no Brasil, a *teoria das necessidades humanas*, de Wanda Horta.

Mais recentemente, entre as décadas de 1980 e 1990, foi também desenvolvido o método de Madeleine Leininger\*, a *teoria da enfermagem transcultural*, embasado em conhecimentos da antropologia, particularmente a culturalista.

À manutenção da teoria dos sistemas como teoria fundante dos métodos de enfermagem para o cuidado em saúde, seguiram-se métodos de identificação de necessidades de saúde associados a essa teoria. As necessidades de saúde, que continuaram tomando por base as

\* Madeleine Leininger [on line]. Disponível em: <<http://www.madeleine-leininger.com/en/index.shtml>>. Acesso em: 24/03/2012.

necessidades fisiológicas, são classificadas de maneira compartimentalizada, e são hierarquizadas por sistemas (necessidades físicas, de relação com o ambiente, emocionais, espirituais, da vida societária).

Portanto, referir-se a necessidades humanas, ou a necessidades humanas básicas, significa considerar que o processo saúde-doença é determinado por fatores naturais, num corpo individual que abriga um conjunto de necessidades que podem ser identificadas separadamente e que em conjunto determinam o gradiente de saúde desse indivíduo.

O que permite essa interpretação é a naturalização do fenômeno saúde-doença, que prescinde da essencialidade da dimensão social e considera que o corpo “não é nenhum corpo concreto, socialmente determinado em suas relações, mas sim um corpo relativamente abstrato, reduzido às suas dimensões biológicas”<sup>1</sup> (p. 70).

Tal interpretação do fenômeno saúde-doença permite, no mesmo movimento, o obscurecimento e a naturalização dos determinantes das desigualdades sociais e possibilita afirmar que a doença, ou o agravo, é igual em todos os indivíduos<sup>1</sup>. Também permite afirmar que há necessidades universais, iguais para todos, definidas como o déficit entre o padrão de normalidade (considerado o padrão ótimo de saúde) e o problema apresentado pelo sujeito.

A partir dessas considerações é possível afirmar que a gastrite, a tuberculose e o consumo de drogas são iguais em todos os sujeitos e também definir um conjunto de necessidades de saúde, consideradas naturais, igual para todos (alimentação, ingestão hídrica, sono e repouso, proteção do corpo, entre outras, básicas para a sobrevivência).

Essa afirmação, no entanto, permitiria constatar que o fenômeno saúde-doença acomete igualmente o proprietário da construtora, o operador de máquinas e o pedreiro; a executiva da multinacional e a faxineira da empresa terceirizada que limpa sua sala; o gerente do banco e o *office-boy*; o dono da confecção e o imigrante ilegal que lá trabalha; o jovem paulistano do Capão Redondo e o jovem paulistano do Jardim Paulista. Também seria verdadeiro afirmar que todos esses sujeitos têm o mesmo acesso ao que responde às suas necessidades.

No entanto, objetivamente essas afirmações não são verificáveis na realidade, mesmo que a comparação restrinja-se a necessidades

atinentes à dimensão biológica e às consideradas básicas à sobrevivência, as que Heller<sup>7</sup> nomeou de *necessidades necessárias*.

Mas, ao se analisar os métodos que organizam o cuidado de enfermagem (as teorias de enfermagem), a partir dessa compreensão, evidenciou-se que expressam a compreensão sistêmica do sujeito e da sociedade, e a concepção multicausal do processo saúde-doença.

A influência do paradigma crítico na produção do conhecimento em enfermagem tem sido notada por estudiosos<sup>8</sup>, que indicam a atuação de diferentes abordagens: estudos feministas, humanistas (nessa abordagem principalmente Paulo Freire), movimentos sociais de caráter emancipatório e a escola de Frankfurt (principalmente Habermas). Na América Latina esse paradigma foi desenvolvido particularmente na vertente do materialismo histórico e dialético, essencialmente a partir dos escritos de Marx e Engels.

Na vertente do materialismo histórico, Egry<sup>9</sup>, no Brasil, propôs um método para sistematizar o cuidado de enfermagem em saúde coletiva, compreendido como um dos instrumentos do processo de trabalho em saúde, na mesma conjuntura político-social em que os movimentos pela democratização da atenção à saúde retomaram o paradigma crítico.

Esse método de sistematização do cuidado parte da captação e interpretação de um fenômeno da realidade, com suas bases no processo de produção e reprodução social, e chega à proposta de projetos de intervenção e de reinterpretação da aplicação do método. Ele foi denominado Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC<sup>9</sup>.

No entanto, apesar de tentativas de formulação de métodos críticos, persistem de maneira dominante os métodos clínicos baseados no padrão de normalidade do funcionamento do organismo.

Uma vez que esses métodos são instrumentos de reconhecimento de necessidades de saúde para a proposição do cuidado, as práticas de enfermagem propostas têm sido primordialmente dirigidas a disfunções de órgãos e sistemas. Para necessidades biopsíquicas, no âmbito individual, ministram-se medicações e procedimentos prescritos pelo médico e pelo enfermeiro, como: enema para os problemas de eliminação, controle hídrico para os problemas renais, curativos para lesões, relacionamento terapêutico para o cuidado na dimensão

psíquica/emocional, ambiente seguro e tranquilo para as necessidades de sono e repouso, e apoio familiar.

## **NECESSIDADES DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA**

Para superar essa perspectiva teórico-prática, a saúde coletiva propôs a compreensão de que as necessidades de saúde são geradas no contexto das relações que os seres humanos estabelecem entre si para se reproduzirem como sujeitos e como sociedade. Ou, dito de outra forma, as necessidades originam-se nas relações de reprodução social em que os sujeitos se desenvolvem como seres sociais<sup>7,1</sup>.

Partindo-se da compreensão de que os indivíduos ocupam diferentes posições nas relações de reprodução social\*, e consequentemente tem desiguais acessos ao que satisfaz as necessidades, não é coerente considerar que haja igualdade entre as necessidades dos indivíduos. Até mesmo as necessidades de alimentação são diferentes entre indivíduos de grupos/classes sociais distintos, a exemplo das necessidades do gerente do banco e do *office-boy*, do dono da confecção e da costureira, uma vez que o acesso ao que as responde é desigual.

Uma vez que são as relações de reprodução social, base das necessidades de saúde dos indivíduos, que determinam os padrões do processo saúde-doença<sup>1</sup>, as necessidades de saúde são identificadas:

[...] no conjunto da vida social desse indivíduo (formas de produzir, de partilhar e de consumir o que é socialmente produzido – formas de trabalhar e modos de viver – do indivíduo, da família e da classe/grupo social à qual pertencem; relações que o indivíduo, a família e a classe/grupo social à qual pertencem estabelecem com outras pessoas, outros grupos e com as instituições sociais do território; características do território onde vive – ambientais, geográficas e sociais) e também devem ser identificadas nas consequências dessas formas

\* Neste capítulo utilizou-se a mesma definição de reprodução social feita por Campanha apresentada no capítulo “Reprodução social e processo saúde-doença: para compreender o objeto da saúde coletiva”.

de trabalhar e de viver no corpo biopsíquico dos indivíduos e das famílias – as doenças – das diferentes classes/grupos sociais aos quais pertencem<sup>10</sup> (p. 148).

Para identificar as necessidades de saúde assim definidas, a saúde coletiva vem desenvolvendo instrumentos epidemiológicos para captar a reprodução social dos diferentes grupos sociais, conforme apresentados no capítulo 6, “Epidemiologia e saúde coletiva”.

Para a saúde coletiva, o objeto da atenção são os perfis epidemiológicos de indivíduos e famílias que constituem os grupos sociais. Assim, é a partir da definição dos perfis de reprodução social que se apreende as necessidades de reprodução social e as da presença do Estado no território, determinantes dos perfis saúde-doença. Os perfis saúde-doença, por sua vez, indicam as necessidades de saúde referidas a problemas de saúde já instalados.

Porém, da mesma forma que na clínica individual, a saúde pública também apreendeu necessidades de saúde como um conceito “referido a um sujeito abstrato, cujas carências são institucionalmente respondidas pela sociedade”<sup>11</sup> (p. 50), em uma sociedade de mercado.

Necessidades de saúde estão quase sempre referidas à assistência, a práticas de serviços de saúde; o usuário busca ativamente os estabelecimentos de saúde para consumir um produto, uma prática de saúde<sup>12</sup>.

Necessidade de saúde passou a designar uma condição que requer serviços de saúde<sup>1,11</sup>, sinônimo de necessidade de serviços de saúde.

A partir dessa associação, as políticas de saúde que orientam os programas implementados nos serviços de saúde têm reiterado o reconhecimento de necessidades de saúde associadas ao resultado das práticas de saúde, e a satisfação das necessidades tem sido relacionada a produtos (medicamentos, exames para diagnósticos, encaminhamentos para especialistas, entre outros) que retroalimentam a lógica de mercado.

Ainda que não tenha suas necessidades plenamente atendidas (com ações que incidam nos determinantes, no âmbito da reprodução social), o usuário associa satisfação de necessidades a esses produtos obtidos nos serviços de saúde e buscará sempre por essa resposta, retroalimentando a lógica de demandar o que é ofertado. Dito de outra forma:

[...] o modo de organizar socialmente as ações em saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços será não apenas resposta a necessidades, mas, imediatamente, “contexto instaurador de necessidades”. Assim, há uma conexão circular entre a organização da produção, a oferta ou distribuição de serviços e o seu consumo<sup>12</sup> (p. 30).

Assim, se por um lado as práticas de saúde reiteram necessidades restritas, por outro podem também ser instauradoras de necessidades ampliadas.

Por isso, defende-se que seja realizada a identificação de necessidades de saúde de moradores da área de abrangência, para subsidiar: o âmbito da gestão do serviço, o planejamento em saúde, e no âmbito dos processos de trabalho implementados nos serviços, dando as diretrizes das respostas requeridas para tais necessidades e ampliando a margem de ação dos programas definidos pelo Ministério da Saúde, que na maioria das vezes são focalizados em agravos e acompanhamento de prioridades associadas ao funcionamento do organismo nos diferentes ciclos vitais<sup>13</sup>. Esse foco, previamente definido, responde à necessidade de melhorar indicadores específicos e taxas de incidência e prevalência (mortalidade infantil, mortalidade materna, gravidez na adolescência, hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, Aids, p. ex.).

Propor o reconhecimento de necessidades de saúde ampliadas significa considerar que as necessidades de saúde são definidas na articulação mais ampla das relações sociais e que é possível classificá-las nas distintas dimensões que as compõem, que, segundo Campos<sup>10,14</sup>, são: necessidades de reprodução social (que constituem a base do processo saúde-doença), que para serem detectadas e respondidas na sua complexidade convocam a necessidade da presença do Estado, que será mais efetiva na responsabilização pela garantia dos diversos serviços que promovem o bem-estar social da população e no acesso a direitos universais (representados pelo acesso ao consumo de bens produzidos nos serviços públicos) quanto mais estiver consciente a necessidade de participação social, pois é a instância que possibilita a discussão e o embate das necessidades e dos interesses das classes/grupos sociais e dos grupos organizados da sociedade civil. Isso possibilita que sejam revelados os conflitos sociais encobertos pelos des-

gastes advindos do mundo do trabalho contemporâneo e favorecida a construção de um projeto emancipatório, no qual estejam postas as necessidades de todos os grupos sociais.

Portanto, para Campos<sup>10,14</sup>, identificar necessidades de saúde significa reconhecer em indivíduos, famílias e grupos/classes sociais:

- os padrões de reprodução social característicos dos grupos sociais que ocupam o território, por meio de variáveis/indicadores que identifiquem as formas de inserção no trabalho e as consequentes características formas de viver dos grupos sociais em determinado território;
- as características da presença do Estado no território e na vida dos sujeitos, por meio de identificação das instituições sociais no bairro e descrição das atividades por elas desenvolvidas;
- as características da participação social dos moradores do território, por meio da identificação e descrição das atividades desenvolvidas por associações, sindicatos, agremiações, partidos políticos, entre outras formas de participação de indivíduos, famílias e grupos sociais.

## NA ESPECIFICIDADE DA ENFERMAGEM

Partindo-se da compreensão de que a enfermagem é uma profissão e que suas práticas, portanto, são consideradas trabalho<sup>2,3,15</sup>, o cuidado de enfermagem incide sobre um objeto de trabalho, com a finalidade de aprimorá-lo.

Toma-se então que o cuidado de enfermagem é voltado ao aprimoramento das condições de saúde de indivíduos, famílias e grupos sociais. Portanto, necessidades de saúde são o objeto do processo de trabalho da enfermagem; é sobre as necessidades de saúde que incidem os instrumentos (as ações) do processo de trabalho da enfermagem.

No entanto, as necessidades de saúde também são objeto das práticas de cuidado realizadas pelos demais trabalhadores que compõem a equipe interdisciplinar. Um conjunto de profissões da área da saúde, com atuação parcelar, se conformou a partir da divisão do trabalho do trabalhador social médico, determinando assim a fragmentação do conhecimento e da ação sobre o objeto.

Uma vez que as necessidades de saúde são complexas, somente o conjunto de instrumentos das diversas práticas profissionais inci-

dindo no mesmo objeto é que terá potência para responder a essa complexidade.

À semelhança de uma esfera de cristal multifacetada, o objeto da atenção à saúde é o mesmo, mas contém várias dimensões. É a diversidade de instrumentos específicos, que definem as profissões, que possibilita que o cuidado alcance as diferentes “faceças” desse objeto.

O cuidado não é uma prática de saúde exclusiva dos trabalhadores de enfermagem (...) “não está relacionado a um ofício, nem mesmo a uma profissão”<sup>16</sup> (p. 437).

No que diz respeito à enfermagem, em que o cuidado é a essência da profissão desde o seu princípio<sup>17</sup>, a especificidade do trabalho para responder necessidades de saúde é o cuidado de enfermagem, “constituído pelos saberes e tecnologias que lhe são próprios”<sup>18</sup>.

Como na enfermagem em saúde coletiva, o cuidado incide sobre um objeto ampliado – os perfis epidemiológicos do coletivo –, esse cuidado é expandido para além da perspectiva do corpo biopsicosocial individual, o que significa dizer que as ações devem incidir sobre indivíduos que compõem famílias, cujas semelhantes formas de reprodução social caracterizam um determinado grupo social.

Mas de que forma se cuida do coletivo, ou seja, dos diversos grupos sociais? Como é possível reconhecer as necessidades de saúde dos distintos grupos sociais de um dado território?

A abstração grupos sociais é concretizada a partir da identificação das formas de trabalhar e de viver de indivíduos e famílias e de suas semelhanças.

O cuidado, então, será particularizado a cada grupo social e será projetado e operacionalizado em processos intersetoriais, nos espaços sociais de trabalho e vida, além do cuidado realizado no espaço interno da unidade básica de saúde (UBS), valendo-se do instrumental clínico.

## FORMAS CONCRETAS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, TOMANDO POR REFERÊNCIA AS NECESSIDADES DE SAÚDE DE GRUPOS SOCIAIS

O relato a seguir refere-se a atividades de ensino prático de uma disciplina da graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem da

Universidade de São Paulo (EEUSP), desenvolvidas em uma UBS localizada num bairro da periferia do município de São Paulo. A tutoria dessas atividades foi realizada por duas docentes que se revezavam semestralmente no acompanhamento de estudantes no ensino teórico-prático.

Essa disciplina tinha como finalidade o reconhecimento de necessidades de saúde de famílias moradoras na área de abrangência da UBS e o desenvolvimento de prática de educação em saúde em resposta a alguma das necessidades identificadas.

Ao longo de um ano, ouvia-se trabalhadores da UBS comentando que havia uma área nas margens de um córrego no bairro que estava pouco a pouco sendo irregularmente ocupada, e os boatos quanto à permanência das famílias naquela área, “a ocupação”, divulgavam informações desencontradas.

Não se sabia estimar quantas eram as famílias da “ocupação”, nem as características das moradias ou como estavam alocadas naquela parte do território.

Os moradores não eram cadastrados na UBS, porque não tinham endereço, e os que procuravam a unidade eram atendidos na lógica do pronto atendimento, em folha de prontuário avulsa, que invariavelmente não era encontrada quando o usuário retornava à UBS.

A gerente da UBS manifestou interesse em organizar de alguma forma o atendimento para aquela população durante o tempo que permanecesse morando no bairro.

Foi então que naquele semestre os estudantes fizeram reconhecimento de necessidades de saúde de famílias residentes na “ocupação”, guiados por um questionário.

As ações, descritas a seguir, foram planejadas e desenvolvidas ao longo de dois anos.

Antes do início das atividades acadêmicas foi estabelecido contato com uma das lideranças dos moradores para apresentar a proposta da disciplina, o objetivo do desenvolvimento da proposta com os moradores da “ocupação” e o método de reconhecimento de necessidades de saúde. Esse morador realizou reunião com outros moradores, que se disponibilizaram a responder os inquéritos domiciliares realizados pelos estudantes.

Nos dois semestres desse ano, os dois grupos de estudantes realizaram inquéritos domiciliares com questões voltadas ao reconheci-

mento de condições de trabalho, vida e saúde de famílias residentes em domicílios localizados nas margens do córrego.

O questionário continha dados de identificação de todos os moradores da residência e da relação estabelecida deles com o chefe da família. No âmbito das condições de trabalho, eram averiguados de todos os trabalhadores da residência: ocupação, tipo de vínculo empregatício, benefícios advindos do trabalho, horas semanais trabalhadas, entre outros aspectos. A respeito das condições de vida, verificava-se a relação entre número de moradores do domicílio e número de cômodos utilizados para dormir, condições de acabamento da moradia, bens no domicílio (eletrodomésticos, computador, acesso à internet, lavadora de roupa, entre outros), acesso a instituições sociais do bairro, riscos a que a família sentia-se exposta, atividades de lazer, participação em movimentos e instituições sociais. Quanto às condições de saúde, identificava-se problemas de saúde dos moradores, internações no último ano, recursos que buscavam para resolver problemas de saúde da família, expectativas com relação ao atendimento na UBS, potencialidades e limitações do atendimento na UBS.

Durante esse primeiro ano, após realizarem os inquéritos domiciliares, os estudantes sistematizaram as respostas e retornaram os dados aos moradores da “ocupação” e aos trabalhadores da UBS (principalmente agentes comunitários de saúde – ACS), enfocando os potenciais de fortalecimento e os potenciais de desgaste (advindos das condições de trabalho e de vida) a que estavam submetidos os moradores dessa parte do bairro, relacionando-os aos agravos de saúde identificados. Discutiu-se com eles a articulação entre as condições de trabalho, as conseqüentes características das condições de vida e os processos saúde-doença. Os ACS também participaram ativamente das discussões.

Entre várias reflexões dos moradores, destacaram-se as relacionadas às condições das moradias e às condições de atendimento na UBS.

As moradias eram feitas com material aproveitado, madeira, na maior parte, ou alvenaria sem acabamento. Algumas delas eram do que chamavam “lona” (plástico preto), o que causava a impressão de que as famílias estavam ali de passagem, em situação provisória.

Não se sabe se a gente constrói [as casas] de bloco, empata as economias que tem e a prefeitura vem e derruba tudo...

Ao serem relacionadas as poucas atividades de lazer referidas pelos moradores, uma moradora relatou que, por terem ligações elétricas irregulares nos domicílios, “os gatos”, já houve incêndio e, como os moradores da residência incendiada e seus vizinhos estavam no culto religioso, a família perdeu quase tudo o que tinha.

A gente tem preocupação de sair de casa porque pode haver problema com a luz e a água, e se acontecer tem que acudir logo, avisar todos os moradores para arrumar.

Esses depoimentos mostram a instabilidade nas formas de reprodução social, que tem como consequência a dificuldade de desenhar um projeto de futuro.

Dessa forma, avaliou-se que, além das necessidades do âmbito da reprodução social que ameaçavam até mesmo a sobrevivência de famílias, também era tênue a presença do Estado naquela área e evidente a necessidade de participação social dos moradores, como descrito no excerto a seguir.

É importante vocês se preocuparem com a gente porque, se ninguém der um passo à frente, ninguém vai apoiar a gente. As pessoas que têm endereço é mais fácil ser atendido do que quem não tem endereço, e a gente tem mais condições de adoecer por causa das condições dali. Tem uma instituição que a gente possa cobrar os políticos?

Dado que os moradores reivindicavam melhor atendimento na UBS e que a gerente da unidade pretendia organizar o fluxo do atendimento, optou-se por implementar ação que promovesse a melhor inserção desses moradores na atenção básica, garantindo assim o acesso a algum direito de aprimoramento da saúde, por meio de aumento da presença do Estado naquela área.

Os ACS envolveram-se no processo. O primeiro passo dos estudantes foi visitar as instituições sociais do bairro, tanto para identificar as atividades realizadas (inclusive as da UBS) quanto para investigar qual era a possibilidade de inserção de moradores da “ocupação” nas atividades. Várias instituições não sabiam da existência desses moradores no bairro, e a UBS informou que as atividades oferecidas para os moradores não cadastrados no Programa de Saúde da Famí-

lia (PSF) resumiam-se, majoritariamente, a consultas médicas individuais.

Os estudantes confeccionaram dois *folders*, um descrevendo as atividades da UBS e outro com as atividades das demais instituições sociais do bairro. Esses *folders* foram entregues aos moradores em nova reunião, da qual também participaram ACS, verificando com eles o quanto o envolvimento naquelas atividades poderia representar fortalecimento, e conseqüentemente a contribuição que poderiam ter no aprimoramento das condições de saúde.

No primeiro semestre do ano seguinte, o grupo de estudantes retornou à “ocupação” e realizou mais um conjunto de inquéritos domiciliares, dessa vez com o objetivo de identificar o número de residências e a localização delas naquela área. As ruas e os domicílios foram representados graficamente, a princípio manualmente, e posteriormente foi confeccionado o mapa da “ocupação” em programa computacional.

No segundo semestre, o grupo de estudantes com moradores e ACS nomearam as ruas e vielas e numeraram as casas, valendo-se do mapeamento anterior. Entregou-se em cada residência um impresso para registro do endereço oficioso e de dados dos moradores da residência, que deveria ser levado à UBS quando fossem para algum atendimento. Com isso, a unidade foi aos poucos registrando os moradores em prontuários de cada família, que foram sendo guardados organizadamente em prateleiras reservadas para esses moradores. Dessa forma, encontrou-se um meio alternativo de organização do atendimento, e os registros passaram a ser facilmente encontrados.

Os moradores passaram a utilizar a UBS sistematicamente e insistiram em ser incluídos no PSF. No ano seguinte, foi refeita a territorialização da área de abrangência, e uma das equipes passou a ser referência para as famílias moradoras na “ocupação”.

Assim, ainda que a área da saúde não disponha de instrumentos que incidam no determinante do processo saúde-doença, intervindo diretamente nos sistemas de reprodução social, embora as condições materiais de vida dessas famílias continuassem precárias, as ações empreendidas tornaram os moradores mais visíveis para as instituições sociais do bairro, inclusive para a UBS, possibilitando, de alguma maneira, o aprimoramento das condições de saúde desses moradores.

No ano seguinte, quando o grupo de graduandos voltou à “ocupação” para fazer o levantamento das necessidades de saúde de outra

parcela dos moradores, um aviso judicial circulava entre eles causando muito desgaste; o que mais temiam estava acontecendo, foram informados que tinham um prazo para desocupar a área.

Os estudantes ajudaram a mobilizar moradores, colhendo seus depoimentos sobre o processo de ocupação da área e, articulados a trabalhadores da UBS, conseguiram agendar reunião com a Comissão Municipal de Direitos Humanos de São Paulo. Nessa reunião, participaram moradores da “ocupação”, trabalhadores da UBS, estudantes e docente da EEUSP, e foram mostradas ao grupo algumas opções de encaminhamento para o problema.

Dessa forma, um dos direitos humanos importantes, o da moradia, foi discutido com o envolvimento do setor de saúde, e nesse processo moradores, graduandos e trabalhadores da UBS aprenderam o caminho para desenvolver uma ação intersetorial que decididamente inscreve-se no âmbito das práticas que respondem a necessidades de reprodução social e de presença do Estado no bairro, promovendo o fortalecimento do grupo de envolvidos.

Ainda na mesma UBS foi desenvolvido projeto de extensão universitária<sup>19</sup>, como resposta à necessidade de saúde verbalizada por moradores em pesquisa anterior<sup>14</sup>, que identificou a preocupação dos moradores do bairro com o envolvimento de jovens com drogas, lícitas e ilícitas, no consumo e no tráfico.

Docentes da EEUSP propuseram um ciclo de oficinas educativas voltadas a trabalhadores de instituições sociais com ações dirigidas à população jovem do bairro. O objetivo foi sensibilizar esses trabalhadores para o tema das drogas e aprimorar o conhecimento a respeito da distribuição e do consumo contemporâneo das drogas psicoativas, especialmente entre os jovens, na perspectiva da saúde coletiva. As oficinas foram implementadas com a ajuda de duas graduandas bolsistas<sup>19,20</sup>.

A avaliação ao final do processo educativo mostrou que os trabalhadores das diferentes instituições sociais apreenderam o envolvimento com as drogas como fenômeno social, incorporando-o ao objeto de práticas das instituições sociais. A partir dessa compreensão, propuseram a criação de espaços de discussão nas instituições e a elaboração de projetos intersetoriais de prevenção do consumo prejudicial de drogas, especialmente do setor de saúde com o da educação.

Resultados de estudo avaliativo dessas oficinas<sup>20</sup>, realizado após três anos, indicaram que os trabalhadores das instituições sociais entrevistados continuavam compreendendo o acompanhamento da relação com as drogas como necessidade social. Os trabalhadores avaliaram que nesse período perceberam o desenvolvimento pessoal com relação à aproximação com a realidade do envolvimento com drogas no bairro, o que lhes permitiu convivência e atitudes de apoio a conhecidos comprometidos com o problema. Em contrapartida, apontavam a dificuldade das instituições em desenvolver ações para responder a essa necessidade.

Com o objetivo de apoiar o desenvolvimento de ações voltadas a essa necessidade, de forma contínua e com envolvimento intersetorial, procurou-se articular ensino e extensão junto à escola pública de ensino fundamental, na qual a UBS desenvolve ações de saúde. Graduandos em enfermagem e docentes da EEUSP desenvolveram ação educativa voltada a estudantes da sétima série.

Partindo do depoimento de professores e da coordenação pedagógica, foram levantadas necessidades provenientes dos padrões instáveis de reprodução social das famílias e da ausência de Estado no bairro, visível pelos pontos de venda de drogas, pela violência, entre tantos outros abandonos. A maior preocupação dos professores era com o que chamavam de “sexualidade exacerbada”.

O processo educativo com os estudantes consistiu em uma série de oficinas, que possibilitou ao grupo de universitários apropriar-se das necessidades mais plenamente, indicando que elas estavam ligadas a certo desencaixe social e uma excessiva desatenção em relação aos jovens, expressas por eles durante o desenvolvimento das oficinas. A categoria mediadora, os valores sociais, foi tomada como ponto de partida e de chegada do processo educativo.

Os educandos mostraram que no espaço das oficinas se sentiam livres para conversar sobre assuntos que não conseguiam abordar em casa, com os professores e até mesmo com os colegas no cotidiano de sociabilidade. Afirmaram também que aprenderam a ouvir a opinião dos colegas e que começaram a refletir sobre os próprios valores a partir daí.

Nesse processo, o diagnóstico anteriormente feito pelos professores fez pouco sentido, visto que as necessidades dos alunos foram

representadas por uma enorme carência de espaço social, de visibilidade, de atenção, de sociabilidade.

Essa articulação ensino-serviço-extensão permitiu, no âmbito da escola do bairro (extensão), a reinterpretação da necessidade expressa inicialmente pelos professores, favorecida pela compreensão ampliada de necessidades de saúde, processo esse que foi discutido com professores e coordenação pedagógica, em ação complementar à realizada com os estudantes, e possibilitou à escola a visualização de caminhos para tratar a problemática trazida anteriormente.

No âmbito do serviço houve o estabelecimento de confiança mútua entre a escola e a UBS, de forma que a direção da escola passou a participar ativamente da rede de instituições sociais do bairro, capitaneada pela UBS.

No âmbito do ensino, na EEUSP, o diálogo entre estudantes de escolas públicas tão desiguais na sua valoração social – uma universidade considerada de ponta e uma escola de ensino fundamental negligenciada pela política pública – permitiu que os estudantes envolvidos no processo como educadores e educandos refletissem sobre seus valores e que, ao final, tivessem suas práticas sociais transformadas, certamente contribuindo para o fortalecimento dos dois grupos.

Os exemplos mostram que é possível implementar o cuidado de enfermagem em saúde coletiva na dimensão dos grupos sociais:

- a partir da identificação de necessidades de reprodução social dos grupos que habitam o território sob a responsabilidade da UBS, superando as ações programáticas definidas verticalmente nos níveis centrais de gestão;
- por meio de interlocução com instituições sociais, para constituir ações sobre os determinantes do processo saúde-doença;
- para efetivar o fortalecimento dos grupos sociais na luta para a emancipação humana, para o desenvolvimento pleno de todas as suas capacidades.

## RESUMO

Este capítulo se centrou nas necessidades de saúde incorporadas pelo cuidado de enfermagem. Os objetivos foram: identificar como

são averiguadas as necessidades de saúde para implementar o cuidado de enfermagem, relacionando-as à prática social de enfermagem; definir necessidades humanas básicas e necessidades de saúde; compreender por que as necessidades de saúde não são universais; descrever formas concretas de cuidado de enfermagem em saúde coletiva, tomando por referência as necessidades de saúde dos grupos sociais. Necessidades de saúde são tomadas como necessidades de reprodução social, ou seja, ampliadas em relação às restritas a problemas de saúde já instalados, respondidos por meio de práticas tradicionais da atenção básica. O relato de exemplos de desenvolvimento de projetos de cuidado de enfermagem em saúde coletiva concretiza aos leitores as possibilidades de: implementar respostas ampliadas a necessidades de saúde, a partir da identificação de necessidades de reprodução social dos grupos que habitam o território sob a responsabilidade da UBS, para além de ações programáticas definidas verticalmente nos níveis centrais de gestão; constituir, na interlocução com instituições sociais, ações que incidam nos determinantes do processo saúde-doença, práticas que efetivam o fortalecimento dos grupos sociais na luta para o desenvolvimento pleno das capacidades humanas e da emancipação humana.



## PROPOSTAS PARA ESTUDO

- O que são necessidades de saúde?
- Qual a relação entre necessidades de saúde e concepções do processo saúde-doença?
- Qual a relação entre cuidado de enfermagem e necessidades de saúde?
- Como se pode atuar em saúde coletiva a partir das necessidades de saúde de grupos sociais?

## ATIVIDADE SUGERIDA

Suponha que você foi contratada(o) como enfermeira(o) em um serviço de atenção básica de saúde e:

- é informada(o) de que a gestão municipal tem a meta de diminuir a incidência de gravidez na adolescência e, para isso, cada UBS deverá reduzir a proporção de adolescentes grávidas a 10% do total das gestantes cadastradas nela.
- você constata que tem recebido no acolhimento crianças de uma mesma área do bairro com problemas respiratórios recorrentes.
- como o verão está chegando, a equipe precisará planejar ações de prevenção à disseminação da dengue no território.

Como você proporia, com a equipe, o plano de cuidados a essas três situações, na perspectiva da saúde coletiva?

Para construir o plano de cuidados:

Campos CMS. Reconhecimento das necessidades de saúde dos adolescentes. In: Borges ALV, Fujimori E (orgs.). *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica*. Barueri: Manole. 2009; 142-67.

Soares CB. Juventude e saúde: concepções e políticas públicas. In: Dayrell J, Moreira MIC, Stengel M (orgs.). *Juventudes contemporâneas: um mosaico de possibilidades*. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas. 2011; 361-78 [on line]. Disponível em: <[http://www.pucminas.br/documentos/jubra\\_publicacao.pdf](http://www.pucminas.br/documentos/jubra_publicacao.pdf)>. Acesso em: 10/04/2012.

Dengue:

Sabroza PC. Brasil deve aprender com epidemia de dengue no Rio. Agência Fiocruz de notícias [on line]. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1697&sid=3>>. Acesso em: 11/04/2012.

No site a seguir é possível verificar a distribuição dos casos de dengue no município do Rio de Janeiro (RJ) e relacioná-los às desigualdades sociais das diferentes regiões.

Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Número de casos de dengue por mês e áreas de planejamento, regiões administrativas e bairros, 2008. Disponível em: <[http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/tab\\_incidengue2008](http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/tab_incidengue2008)>. Acesso em: 11/04/2012.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendes Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde. *Cadernos CEFOR*, 1 – Série textos/SP; 1992.
2. Silva GB. *Enfermagem profissional: análise crítica*. 2. ed. São Paulo: Cortez; 1989.
3. Almeida MCP, Rocha JSY. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. 2. ed. São Paulo: Cortez; 1989.
4. Sabroza PC. Concepções sobre saúde e doença [on-line] s/d. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>>. Acesso em: 25/03/2012.
5. Horta, WA. Bases of a nursing science. *Enf. Novas Dimensões* 1975;1(3):105-6.
6. Horta WA. *O processo de enfermagem*. São Paulo: EPU/Edusp; 1979.
7. Heller A. *Teoría de las necesidades en Marx*. 2. ed. Barcelona: Península; 1986.
8. Weaver K, Olson JK. Understanding paradigms used for nursing research. *J Advanced Nurs* 2006;53(4):459-69.
9. Egry EY. *Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone; 1996.
10. Campos CMS. Reconhecimento das necessidades de saúde dos adolescentes. In: Borges ALV, Fujimori E (orgs.). *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica*. Barueri: Manole; 2009;142-67.
11. Stotz EN. *Necessidade de saúde: mediações de um conceito [tese]*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1991.
12. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB (orgs.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 2000;29-47.
13. Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface, Comunic, Saúde* 2007;11(23):605-18.
14. Campos CMS, Mishima S. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad Saúde Pública* 2005;21(4):1260-8.
15. Mandu EN, Peduzzi M, Carvalho BG, Silva AMN. Literatura brasileira sobre o trabalho de enfermagem fundamentada em categorias marxianas. *Rev Bras Enferm* 2011;64(4):766-73.
16. Ferreira VA, Kebian LVA, Acioli S. O cuidado de enfermagem no campo da saúde pública: reflexões sobre suas possibilidades. *Saúde Deb* 2011;35:437-44.

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO TRABALHO DE ENFERMAGEM

ALVA HELENA DE ALMEIDA  
CARLA ANDREA TRAPÉ  
CASSIA BALDINI SOARES

17. Kebian LVA, Acioli S. As diferentes práticas de cuidado na história da enfermagem em saúde pública brasileira. Rev Enferm UFPE online 2010;4(esp):1124-30.
18. Queiroz VM, Salum MJL. Reconstruindo a intervenção de enfermagem em saúde coletiva. Comunicação coordenada apresentada ao Congresso Brasileiro de Enfermagem, 48. Prêmio Isaura Barbosa Lima (mimeografado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1996.
19. Soares CB, Campos CMS, Leite AS, Souza CLLS. Juventude e consumo de drogas: oficinas de instrumentalização de trabalhadores de instituições sociais, na perspectiva da saúde coletiva. Interface – Comunic, Saúde, Educ 2009;13(28):189-99.
20. Soares CB, Campos CMS, Berto JS, Pereira EG. Avaliação de ações educativas sobre consumo de drogas e juventude: a práxis no trabalho e na vida. Trab Educ Saúde 2011;9(1):43-62.

### PARA SABER MAIS

- Soares CB, Ávila LK, Salvetti MG. Necessidades (de saúde) de adolescentes referidas à família, escola e bairro. Rev Bras Cresc Desenv Hum 2000; 10(2):19-34.
- Stotz EN. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Rocha CMF et al. (orgs.). Ver-SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.287-301.



### PONTOS A APRENDER

1. As especificidades do processo de trabalho educativo, o papel social do enfermeiro e as particularidades da ação educativa como instrumento do processo de trabalho assistencial ou gerencial da enfermagem.
2. A dimensão social e política da educação em saúde, relacionando-a ao contexto sócio-histórico brasileiro.
3. Os diferentes enfoques da educação em saúde, identificando suas contradições e como interferem na prática assistencial.
4. Os principais aspectos constitutivos da pedagogia histórico-crítica e seu potencial emancipatório.



### PALAVRAS-CHAVE

Processo de trabalho educativo, educação em saúde, abordagens educativas em saúde, educação emancipatória, pedagogia histórico-crítica.



### ESTRUTURA DOS TÓPICOS

Introdução. Mas, o que é educação? As bases da educação em saúde no Brasil: coerção, controle e culpabilização individual. Abordagens de educação em saúde. Resumo. Propostas para estudo. Atividade sugerida. Referências bibliográficas. Para saber mais.