



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

KELLY HUANY DE MELO BRAGA

NECESSIDADES DE SAÚDE: ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO DE UMA
EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DA
AMAZÔNIA

Boa Vista, RR

2016

KELLY HUANY DE MELO BRAGA

**NECESSIDADES DE SAÚDE: ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO DE UMA
EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DA
AMAZÔNIA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, na área de concentração modelos de Atenção e vigilância em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antonio Pellegrini.

Co-orientadora: Prof^a Msc. Simone Lopes de Almeida.

Boa Vista, RR

2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Kelly Huany de Melo Braga.

Título: Necessidades em saúde: análise do processo de trabalho de uma equipe da Estratégia Saúde da Família em um município da Amazônia

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, na área de concentração modelos de Atenção e vigilância em Saúde.

APROVADO EM: 22/06/2016.

Banca examinadora

Prof. Dr. Marcos Antonio Pellegrini (Orientador/ PROCISA – UFRR)

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dra. Ana Lúcia de Sousa (PROCISA – UFRR)

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dra. Madiana Valéria de Almeida Rodrigues (Instituto de Antropologia – UFRR)

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*À minha filha, Anabella Braga dos Santos,
que deu novo sentido à minha existência.
À meu esposo, Charllys Costa dos Santos,
que partilha comigo essa maravilhosa
jornada chamada Vida.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter iluminado meus caminhos para que eu chegasse até aqui.

Aos meus amados pais, por terem sempre me incentivado e apoiado em todos os momentos da minha formação pessoal e profissional, não medindo esforços para me ajudar na realização de meus sonhos.

À minha irmã Katrine Braga, que largou emprego e o conforto da casa de nossos pais em Macapá-AP para vim morar em Boa Vista-RR, após perceber meu desespero por conta das recorrentes doenças do trato respiratório e digestivo que minha filha adquiria em decorrência de estar na creche porque eu não tinha com quem a deixar para poder assistir às aulas no mestrado.

À minha irmã Karen Melo que sempre foi solícita em resolver as pendências documentais em Macapá para que eu pudesse concorrer à vaga do PROCISA.

À colega Silvia Gomes, técnica da Universidade Federal do Amapá, que não mediu esforços para concretizar meu pedido de afastamento para qualificação.

Ao professor Calvino Camargo, que de forma magistral, nos apresentou os caminhos da pesquisa científica durante a disciplina de metodologia da pesquisa científica.

Aos professores Ana Lúcia de Sousa e Ananias Noronha, pela generosidade com que expuseram suas contribuições para o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao meu orientador, professor Marcos Pellegrini, por ter me acompanhado no processo de mestrado com cuidado, paciência e confiança.

Ao maior amor de minha vida, minha filha Anabella, que me ama de forma incondicional, é minha fonte de energia e de alimento da alma, com sua alegria e encanto infantil.

À meu esposo Charllys, pelo amor doado e por nunca ter desistido de mim, compartilhando essa vida de lutas por dias melhores para nossa família.

Aos trabalhadores sujeitos da pesquisa, que foram meus grandes parceiros na realização deste estudo.

E à todos aqueles que de alguma forma, fizeram parte dessa trajetória e me ajudaram a construir essa curta porém intensa história de aprendizado e transformação pessoal e profissional. Minha infinita gratidão!

Não creio que sejamos parentes muito próximos, mas se você é capaz de tremer de indignação cada vez que se comete uma injustiça no mundo, então somos companheiros, o que é mais importante.

Ernesto Che Guevara

RESUMO

Trata-se de pesquisa que abordou o tema necessidades de saúde, que está situado no núcleo de saberes das Ciências Sociais e Humanas em Saúde (CSHS) do campo da saúde coletiva. O objeto de estudo foi o processo de trabalho de uma equipe de saúde da família ao acolher a demanda espontânea em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Foi operacionalizada com utilização de métodos com abordagem qualitativa. O objetivo geral foi analisar, a partir do processo de trabalho de uma equipe de saúde da família ao acolher a demanda espontânea em uma UBS, como eram captadas as necessidades de saúde dos usuários. A coleta de dados foi realizada no mês de dezembro de 2015, através da entrevista semi-estruturada e observação participante. Participaram da entrevista quatro profissionais da equipe de saúde da família, sendo um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e um agente comunitário de saúde, e foram observadas as rotinas na recepção e do desenvolvimento dos serviços ofertados. O método de análise das informações foi a análise de conteúdo proposta por Bardin (2009). Os resultados foram expostos e discutidos dentro das seguintes categorias apriorísticas: necessidades de saúde como necessidade de consumo de serviços de assistência à doença; o processo de trabalho da equipe Y ao acolher a demanda espontânea na UBS, que foi dividido em “A chegada do usuário da unidade: quem o recebia?”, “Como era avaliado o risco e a vulnerabilidade desse usuário? E o que era feito de imediato?” e “Organização das agendas de atendimento individual”. Os resultados da investigação permitiram que concluíssemos que a concepção de necessidades de saúde que orientava o processo de trabalho da equipe Y era pautado no paradigma biomédico; que o acolhimento da demanda espontânea não permitia que fosse realizado adequadamente a captação das necessidades de saúde do usuário, bem como estabelecimento de prioridades de cuidado; que as intervenções eram centradas preferencialmente em medicamentos e prescrições de comportamentos “saudáveis”; e que a organização da agenda dos profissionais burocratizava o serviço e não facilitava o acesso.

Palavras-chave: Necessidades de saúde. Processo de trabalho em saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This research is regarding health needs, which is one of the Center base knowledges of Social and Human Sciences in Health (SHSH) of the public health field. The main focus was the working process of a Family health team in Hosting the spontaneous ordinary demands In a Basic Health Unit (BHU) which have used a qualitative approach methods to its process. The general objective was to analyze, starting from the working process of a family health team Hosting the ordinary demand In a Basic Health Unit (BHU) , as the health needs of the users were gathered . Data collection was conducted in December 2015 through out semi-structured interviews while observing the participants. During Interviews 4 professionals of the family health team took part ,a doctor, a nurse, a nursing technician and community health agent, it was observed the routines during treatment and teh development of the services offered. The analysis method of the information gathered was the analysis content proposed by Bardin (2009). The results have been presented and discussed within the following categories: Health needs, as the need for consumer assistance services related to the disease treated;the working process of the Y staff in accommodating spontaneous ordynary demands In a Basic Health Unit (BHU), which was divided into "The arrival from the pacient to the Basic Health Unit (BHU): The person who meets such pacient", "How it were assessed the risk and vulnerability of this patient? And, what has been done immediately while receiving this patient? "Also" Organizing individual service agendas. " The research results enabled us to conclude that the concept of health needs nad necessities that guided the working process of Y team was guided by the biomedical paradigm; the host of spontaneousand ordynary demands have not allowed it to be properly carried out in order to capture the user's health necessities and as well as establishing health care priorities; in which treatment interventions were focused preferably on medication and prescriptions of "healthy"; habits that increases the beaurocracy regarding the agenda organization of that Professional workers and did not make the service nor facilitates its access.

Keywords: Health care needs. health work process. Health Strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Representação esquemática do conceito de trabalho	24
Figura 2 –	Representação gráfica do trabalho e sua relação com um carecimento	24
Figura 3 –	Representação gráfica do trabalho do marceneiro	31
Figura 4 –	Mapa do município de Boa Vista-RR dividido em macroáreas	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Serviços oferecidos pela UBS à adultos e idosos	48
Quadro 2 –	Serviços oferecidos pela UBS às crianças e adolescentes	49
Quadro 3 –	Sujeitos da pesquisa conforme aspectos pessoais e profissionais	50
Quadro 4 –	Agenda semanal do médico	67
Quadro 5 –	Agenda semanal do enfermeiro	68

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CSHS	Ciências Sociais e Humanas em Saúde
CTT	Composição Técnica do Trabalho
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IFRR	Instituto Federal de Roraima
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa dos Agentes de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PET	Programa de Ensino Tutorial
PLAFAM	Planejamento Familiar
PNH	Programa Nacional de Humanização
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROCISA	Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
PSA	Antígeno Específico Prostático
PSF	Programa Saúde da Família
RR	Roraima
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRR	Universidade Federal de Roraima

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS	21
1.1 Processo de trabalho em saúde	21
1.2 Necessidades humanas e necessidades de saúde: do que estamos falando?.....	33
2 MATERIAIS E MÉTODO	42
2.1 Caracterização do estudo	42
2.2 Cenário de estudo	43
2.3 Sujeitos de investigação.....	49
2.4 Técnicas de investigação	49
2.5 Procedimentos para análise	51
2.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	52
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
3.1 Necessidades de saúde e consumo de serviços de assistência à doença.....	54
3.2 O processo de trabalho da equipe ao acolher a demanda espontânea na UBS	58
3.2.1 Chegada do usuário na unidade	59
3.2.2 Avaliação do risco e vulnerabilidade do usuário e intervenções realizadas	63
3.2.3 Organização das agendas de atendimento individual	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	74

INTRODUÇÃO

O objeto de estudo desta pesquisa foi o processo de trabalho de uma equipe de saúde da família ao acolher a demanda espontânea em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), e o tema necessidades de saúde.

O tema necessidades de saúde e sua relação com o processo de trabalho em saúde foi abordado por diversos autores dentro do campo da saúde coletiva (CAMPOS, C., 2004; MATSUMOTO, 1999; MENDES-GONÇALVES, 1992). Todavia, a complexidade de que se reveste o tema requer que desde logo, seja salientada a articulação existente entre Estado/Sociedade/Políticas sociais, como forma de compreendê-lo.

No âmbito das representações sociais que envolvem o processo saúde-doença, um problema interessante a ser abordado é pensar de que forma (ou formas) a sociedade se organiza para atender à necessidade de saúde. Para Cordeiro (1997) essa necessidade pode ser traduzida em três dimensões que embora não sejam obrigatoriamente complementares, representam suas próprias verdades.

A primeira delas refere-se ao fato de a necessidade de saúde, enquanto representação social, não se traduzir da mesma forma em cada grupo social, pois, o que se pode expressar como necessidade de saúde e se transformar numa ação qualquer para buscar apoio, auxílio, cuidado de saúde não é idêntico entre as pessoas de uma mesma classe social e muito menos entre classes distintas, repercutindo na forma como as pessoas se relacionam com os serviços de saúde, públicos ou privados (CORDEIRO, 1997).

A segunda dimensão situa-se do ponto de vista do médico, que entende a necessidade de saúde de maneira bastante distinta da do usuário, estabelecendo-se assim, um choque entre o saber científico do médico, o saber dominante, e a concepção do indivíduo que recorre ao serviço médico, de forma que a pessoa que busca este profissional para relatar seus sofrimentos, suas mazelas, seus modos de vida não coincide, na maioria dos casos, com aquilo que o médico espera, que é uma definição objetiva de doença, semelhante às transcritas nos consagrados livros de patologia, de anatomia patológica e de fisiopatologia (CORDEIRO, 1997).

Essa diferença de percepções da necessidade de saúde resulta, muitas vezes, numa relação conflitante. Em alguns casos, o médico recusa-se até mesmo a aceitar que dado problema esteja relacionado à saúde, e por isso, procura impor sua concepção enquadrando determinado conjunto de sintomas numa categoria de diagnóstico: “isto é hipertensão arterial, isto é úlcera de estômago”.

A terceira dimensão situa-se no entendimento dos planejadores em saúde, que lidam com a alocação de recursos, definição das prioridades de investimento e elaboração das políticas de saúde, que não se resumem à política oficial ou institucional de saúde do Estado, mas também aquelas formuladas por grupos de interesse, por grupos de pressão, por grupos corporativos e/ou por grupos sociais marginalizados ou excluídos dos sistemas de cuidados de saúde. Assim, nessa dimensão a definição do que são necessidades de saúde se dará a partir um processo de contradições e de relações entre grupos que disputam fatias de poder no sentido de impor ou de colocar em marcha seu projeto de saúde ou seu projeto de sociedade (CORDEIRO, 1997).

Nesse sentido, historicamente no Brasil as políticas de saúde traduziram fundamentalmente um projeto excludente, que estabeleceu uma profunda dicotomia entre a saúde pública e a assistência médica, em particular a assistência médica hospitalar, pois a primeira era atribuição do Ministério da Saúde e, a segunda de um conjunto de instituições vinculadas à previdência social, separando assim não só as formas de perceber e de representar a doença mas também as formas de intervenção do Estado no sentido de promover umas ou outras (CORDEIRO, 1997).

Em conseqüência dessa separação, a saúde pública, historicamente, foi perdendo prestígio e recursos, tendo seus orçamentos reduzidos de tal forma que, entre 1969 e 1970, o do Ministério da Saúde representava apenas 0,9% do orçamento global da União, enquanto na década de 50, girava em torno de 3 a 4% (CORDEIRO, 1997). Com recursos limitados, o Ministério da Saúde tornou-se ineficiente para enfrentar os problemas de saúde pública que se agravavam no país em decorrência das condições precárias de vida impostas à maioria da população.

Esse movimento partiu de um mecanismo de concentração de poder e de recursos econômicos na previdência social, no então Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), criado em 1967. Dez anos depois, deu-se o segundo momento de maior concentração, com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e uma reestruturação de todo o sistema da previdência social, orientado por uma política de expansão do atendimento hospitalar constituído fundamentalmente pela iniciativa privada. Essa estruturação proporcionou uma forma de organização intensamente privada da prestação da assistência médica, articulada com as indústrias farmacêutica e de equipamentos e, mais recentemente, com o seguro saúde, uma espécie de presença do capital financeiro “organizando” o setor saúde privado, intrometendo-se no setor público e esvaziando o projeto de organização pública do sistema de saúde (FIORI, 1997).

A partir do processo iniciado em 1966 estabeleceu-se, em termos de políticas oficiais de saúde, uma separação crescente entre “saúde pública” e “medicina curativa”, com um esvaziamento institucional da chamada saúde pública e uma privatização acelerada e intensa dos recursos da previdência social e dos trabalhadores (CORDEIRO, 1997). Essa dicotomia foi representada por uma fragmentação extremamente acentuada das políticas sociais no campo da saúde, separando as doenças por nível de competência: doenças federais, doenças estaduais e doenças municipais, traduzindo uma forma desintegrada de cuidar do fenômeno vida, porque se lida com o vetor, com o vírus ou com o sistema, de modo que a relação entre a população e o serviço de saúde se apresenta de forma totalmente rompida (CORDEIRO, 1997).

O que ocorreu de grave no Brasil foi um processo intenso de privatização, ao se restringir o âmbito do processo de saúde e doença ao restabelecimento – ou à restituição – da força de trabalho, e, principalmente, ao se criar um sentido de lucratividade do trabalho de prestação de cuidados de saúde. Assim, além de ser uma forma de restabelecer a capacidade de trabalho do indivíduo, também se tornou objeto de lucro, objeto de um processo específico de transformação e de crescimento, de acumulação capitalista, consubstanciado e estruturado na forma de empresas médicas (FIORI, 1997).

Ao final dos anos 1970 o modelo de saúde previdenciária aprofundou-se em uma crise econômica favorecida pelos altos custos da assistência hospitalar, pela diminuição da arrecadação e pelos desvios dos recursos, alimentados pela ânsia de lucro do setor privado. Vivia-se um caos nos serviços públicos de saúde, aumentando a insatisfação da sociedade e criando um clima favorável para o surgimento dos movimentos sociais (AGUIAR, 2011).

Na década de 1980, após a queda da ditadura militar e o surgimento do processo de redemocratização da sociedade brasileira em 1985, diversas entidades e movimentos sociais mobilizavam e estimulavam a participação popular no processo de discussão da nova carta constitucional, pois ansiavam que sua elaboração fosse fruto da participação de diversos segmentos sociais, e não apenas das elites econômicas e políticas (AGUIAR, 2011).

Esse clima de ebulição participativa e de lutas por ampliação da cidadania foi favorável para se colocar a saúde na agenda governamental e difundir as propostas da Reforma Sanitária, que tinha dentre as proposições concretas, a conquista de serviços de saúde como direito universal dos cidadãos e dever do estado, já que até então essa política social era um direito apenas dos trabalhadores urbanos inseridos no mercado formal de trabalho (MARTINS, 1996). Nela foram construídos paradigmas em função das necessidades de saúde das pessoas e coletividade, que deram condições de reorientar práticas de saúde

mediante a organização dos processos de trabalho, valorizando a subjetividade, a inventividade e a solidariedade para articular novos laços e compromissos sociais (PAIM, 2007).

Assim, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, foi reforçado o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado, recomendando que fosse organizado um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado, hierarquizado e integral para atender às necessidades de saúde da população, com garantias de participação da sociedade civil na formulação das políticas de saúde, no seu acompanhamento e avaliação (PAIM, 2007).

Entretanto, ainda que seja inegável a ampliação da cobertura assistencial que iniciou na década de 1970 e se intensificou a partir dos anos 1990, através da municipalização das ações e serviços, o quadro sanitário do Brasil não foi substancialmente alterado, uma vez que o debate das macropolíticas do setor saúde não privilegiaram as formas de organização tecnológica do processo de trabalho (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998), o que deu espaço para a constituição de várias propostas de reorientação da saúde, em um intenso debate e disputa de modelos de atenção diversificados, pautados em diferentes teorias do processo de saúde-doença, onde ainda que prevaleça o modelo assistencial privatista – cuja ênfase incide na atenção médica de caráter curativo e hospitalocêntrico, que toma como objeto de trabalho a doença em sua expressão individualizada – convive-se também com o modelo assistencial sanitarista – onde a tônica são as campanhas, os programas especiais e as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, cujo trabalho toma por objeto os modos de transmissão e fatores de risco das diversas doenças em uma perspectiva epidemiológica – e com os modelos alternativos, a exemplo do Vigilância da Saúde, que incorpora métodos, técnicas e instrumentos advindos da epidemiologia crítica, do planejamento estratégico em saúde e das ciências sociais em saúde, em aproximação com o projeto ideológico que sustentou o movimento da reforma sanitária (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

O modelo de Vigilância da Saúde tem se prestado como eixo articulador de diversas propostas, tais como VigiSUS e Saúde da Família, o que permitiu que a ideia original fosse sendo enriquecida à medida que as experiências foram se multiplicando e a reflexão em torno do processo de trabalho se aperfeiçoando (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

No que diz respeito ao Saúde da Família, no ano de 1994 o Ministério da Saúde o lançou como Programa em resposta ao desafio de reorientar o modelo de atenção no espaço político-operacional. Precedido pelo Programa Agentes de Saúde (PAS), com atuação restrita ao Estado do Ceará no ano de 1987, e pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde

(PACS), que ocorreu em todo o Brasil a partir de 1991, o Programa Saúde da Família (PSF) foi inspirado em experiências advindas de países como Cuba, Inglaterra e Canadá, cuja saúde pública alcançou níveis de qualidade com o investimento na promoção da saúde e prevenção de doenças (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005). Decorridos quatro anos de execução, o Ministério da Saúde passou a chamá-lo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), por ser considerado estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005). Com essa nova proposta, o modelo teria que atender para as necessidades de saúde da população em um determinado território, assim como articular mudanças na organização da assistência de média e alta complexidade, guarnecidas por políticas de regulação e controle para assegurar a resolutividade na rede de serviços (ASSIS et al, 2010).

A ESF é norteada por princípios originários de diferentes grupos e articulações, como a Medicina Comunitária, as Ações Primárias de Saúde e os Sistemas Locais de Saúde (SILOS), além de incorporar e reafirmar os princípios do SUS. Todavia, a estratégia possui como principal diferencial o fato de estar inserida no escopo das políticas públicas de saúde, fazendo com que seus princípios sejam assumidos, pelo menos no discurso, por quase todos os gestores do país (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

A estratégia tem como diretrizes operacionais caráter substitutivo aos modelos médico-hegemônico; a realização da vigilância à saúde e; o trabalho com equipe multiprofissional (equipe de saúde da família composta no mínimo por médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal) e território definido com adscrição da clientela (BRASIL, 1997; BRASIL, 2012).

Constitui atribuição da equipe de saúde da família conhecer as necessidades de saúde da população, identificadas a partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes; planejar a resolução dos problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de saúde, visando a melhoria progressiva das condições de saúde e de qualidade de vida da população assistida; enfatizar a prevenção e promoção da saúde, sem descuidar do atendimento curativo (BRASIL, 1997; BRASIL, 2012).

A execução das ações segue a lógica da vigilância à saúde e da valorização da relação com o usuário e a família. Cada equipe deve ser responsável por até 4.000 (quatro mil) pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 (três mil) respeitando critérios de equidade

para essa definição. Os profissionais devem promover atividades educativas de grupo, ações intersetoriais e parcerias para enfrentamento dos problemas, além de incentivar e participar da organização dos Conselhos de Saúde. O debate entre a equipe e desta com a população, em torno do conceito de saúde, cidadania e as bases jurídico-legais que legitimam o direito à saúde deve ser permanente (BRASIL, 1997; BRASIL, 2012; SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Com tudo isso, é possível depreender que os desafios do trabalho em saúde da família são muitos, complexos e difíceis, embora não restem dúvidas de que é imperativo o rompimento com as limitações e subalternidades do modelo médico hegemônico, produzindo uma nova interpretação dos fenômenos da saúde e da doença pela interdisciplinaridade do conhecimento, intersectorialidade das práticas e integralidade da atenção à saúde.

O PSF ao ser criado se propunha a superar a tradição do modelo biomédico e substituí-lo por uma nova concepção apoiada na Promoção à Saúde (TESSER; NETO; CAMPOS, G., 2010). Com o passar do tempo, em alguma medida, ele de fato produziu uma saudável tensão paradigmática entre a biomedicina e abordagens mais ampliadas, mas não suficientes para superar o modelo médico hegemônico, já que não houve uma reorganização da formação de especialistas médicos e enfermeiros em escala suficiente para sustentar esse tipo de reforma cultural, e as equipes foram orientadas inicialmente a lidar centralmente com os programas de saúde, protocolos diagnósticos e terapêuticos definidos, não dando recomendações sobre como lidar com a demanda espontânea que recorresse aos serviços de atenção básica e como atender aos imprevistos tão frequentes e inevitáveis no cuidado à saúde (TESSER; NETO; CAMPOS, G., 2010).

Procurando responder a essas lacunas, apareceu a proposta de acolhimento, divulgada e recomendada no SUS por meio da Política Nacional de Humanização (PNH). O Acolhimento envolve arranjos institucionais de difícil execução, propõe-se a trabalhar a demanda espontânea, a ampliar o acesso e concretizar a missão constitucional da APS no SUS, de ser a principal “porta de entrada” do sistema (TESSER; NETO; CAMPOS, G., 2010). Mas também, por ter foco no usuário e na incorporação de alterações substantivas nos processos de trabalho nos serviços de saúde, problematiza aspectos críticos do modelo médico hegemônico, como a relação médico-paciente (em suas dimensões éticas e culturais) ou mesmo os limites dos conhecimentos e tecnologias utilizadas tão intensamente no âmbito deste modelo.

Dessa maneira o acolhimento na ESF revela-se como uma ação fundamental para a política de humanização da atenção à saúde, pois possibilita priorizar as situações de maior

vulnerabilidade biológica, econômica e social, potencializando o processo de educação em saúde, e o exercício e construção da cidadania ao produzir ações usuário-centradas que visam:

[...] a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito, ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema. Por consequência, o Acolhimento deve garantir a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária. (SOLLA, 2005, p. 495).

Todavia, em alguns lugares a percepção de acolhimento tem sido caracterizada por uma dimensão restrita à triagem administrativa e repasse de encaminhamentos, ou ainda, a recepção burocrática, sem uma adequada avaliação do risco, agravo e grau de sofrimento explícito ou velado, ações essas que muitas vezes acentuam uma prática excludente. Quando isso ocorre, são descaracterizados os pressupostos da ESF e ela se torna inadequada para a produção da integralidade, adesão à terapêutica e da prevenção e controle do adoecimento, o que se configura um grave problema assistencial que impacta nos níveis de saúde da população adscrita.

Assim, diante da importância do acolhimento nas práticas em saúde da ESF e na identificação das necessidades de saúde dos usuários, foi realizada esta investigação com objetivo de analisar, a partir do processo de trabalho de uma equipe de saúde da família ao acolher a demanda espontânea em uma UBS, como eram captadas as necessidades de saúde dos usuários; e os objetivos específicos foram identificar quais as concepções que orientavam a identificação das necessidades de saúde; e investigar como era organizado o serviço de acolhimento da demanda espontânea.

A aproximação com a temática iniciou no ano de 2014, quando frequentei as aulas da disciplina Epidemiologia e Atenção à Saúde no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PROCISA), que me possibilitaram contato com o campo da Saúde Coletiva, que produz estudos acerca do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; analisa os processos de trabalho dos profissionais de saúde na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender as formas com que a sociedade identifica suas necessidades de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 1998).

Os debates em sala de aula me fizeram recordar a época que eu era estudante do curso de licenciatura e bacharelado em enfermagem na Universidade Federal do Amapá, período de

janeiro de 2006 à dezembro de 2010. Lembrei-me que durante os estágios supervisionados na atenção básica, observávamos sem criticar o fato de que o critério para acesso aos serviços era a ordem de chegada e não a prioridade do problema de saúde apresentado. Acrescidos a isso, havia a lógica do atendimento centrada na consulta médica e ações curativas, fragmentação do trabalho e a conseqüente perda da responsabilidade sobre o paciente por parte dos profissionais especialistas.

Felizmente o mestrado me ajudou a identificar algumas das fragilidades de minha formação no que se refere à compreensão da organização do SUS, de maneira que passei a enxergar sob a perspectiva da saúde coletiva os dilemas de fortalecimento do SUS, o descompromisso muitas vezes presente no desenvolvimento do trabalho em saúde e a insatisfação dos usuários com os serviços prestados.

Assim, compreendi que o desenvolvimento de pesquisas no espaço da prática profissional é relevante socialmente porque os resultados podem possibilitar a reflexão acerca das posturas e ações desenvolvidas durante a prestação de cuidados aos usuários, e permitir a identificação das necessidades dos trabalhadores no que se refere à qualificação, para que assim possam ser produzidas mudanças nas práticas de atenção e de gestão.

A investigação foi desenvolvida com uso de abordagem qualitativa uma vez que esta permite a compreensão mais ampla do fenômeno estudado e a combinação de estratégias metodológicas de investigação (KNAUTH; LEAL, 2014). Configurou-se como um Estudo de Caso de uma equipe de saúde da família, no qual aceitaram participar 4 profissionais que a compunham. As informações foram coletadas através de entrevista semiestruturada e observação participante e os resultados analisados pelo método de análise de conteúdo de Bardin (2009).

Esta dissertação foi organizada em três capítulos. O capítulo 1 foi dividido em duas seções que contém as bases teórico-conceituais da pesquisa: na primeira foram abordadas as características do processo de trabalho em saúde na perspectiva de Mendes-Gonçalves (1992) e Merhy (1997), que são considerados autores que se destacaram nas linhas de investigação aplicadas à área de organização tecnológica das práticas de saúde; e na segunda os conceitos de necessidades de saúde sob a perspectiva de diversos autores que discutem o tema. O capítulo 2 refere-se aos materiais e método utilizados para responder o problema de pesquisa. E o capítulo 3 refere-se à apresentação dos resultados e discussão temática emergida do material empírico que permitiu que concluíssemos que a concepção de necessidades de saúde que orientava o processo de trabalho da equipe Y era pautado no paradigma biomédico; que o acolhimento da demanda espontânea não permitia que fosse realizado adequadamente a

captação das necessidades de saúde do usuário, bem como estabelecimento de prioridades de cuidado; que as intervenções eram centradas preferencialmente em medicamentos e prescrições de comportamentos “saudáveis”; e que a organização da agenda dos profissionais burocratizava o serviço e não facilitava o acesso.

1 BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS

Este capítulo foi dividido em duas seções: na primeira foram abordados as características do processo de trabalho em saúde na perspectiva de Mendes-Gonçalves (1992) e Merhy (1997), considerados autores que se destacaram nas linhas de investigação aplicadas à área de organização tecnológica das práticas de saúde, e que portanto, são fundamentais para compreensão e apreensão do objeto de estudo dessa investigação; e na segunda buscou-se trazer diversos entendimentos e sentidos que assumem os termos necessidades humanas e necessidades em saúde, objetivando contextualizar o tema do estudo.

1.1 Processo de trabalho em saúde

Considerando que estamos inseridos em uma sociedade que opera e é dominada pelo modo de produção capitalista, a interpretação de trabalho que se propõe está inserida na discussão do capitalismo na contemporaneidade, que adquiriu força a partir das produções de Karl Marx e Friederich Engels, com as obras *O capital* (1890) e *Manuscritos econômicos-filosóficos* (1844), respectivamente, quando afirmam o caráter central do trabalho na história humana e sua complexa transformação na sociedade capitalista.

No Brasil, os estudos acerca do processo de trabalho em saúde também sofreram influências dessas vertentes teóricas e estão vinculados ao pioneirismo de Maria Cecília Ferro Donnangelo na construção de um pensamento social em saúde, que a partir da segunda metade da década de 1960, após receber fortes influências de seu orientador de doutorado, o sociólogo Luiz Pereira, empregou como referenciais teóricos de suas pesquisas sobre profissão médica, mercado de trabalho em saúde e medicina como prática técnica e social, estudos sociológicos que lhe permitiram construir análises consistentes acerca das relações entre saúde e sociedade, e profissão médica e práticas sociais no país, causando ruptura com o paradigma que concebia o modo de executar a prática profissional e as relações entre os indivíduos envolvidos no processo, de forma independente do contexto social, econômico e político os quais estavam inseridos (PEDUZZI, 2007).

Pode-se dizer que a compreensão do social no campo da saúde provocou uma ruptura com os modelos cartesianos de investigação, que reduziam as relações de causa e efeito ao plano biológico e remetiam a sua resolução ao modelo clínico de diagnóstico e terapêutica. Na prática, isso representou a mudança no objeto de trabalho da medicina, que passou a ser os corpos sociais ao invés dos corpos biológicos, possibilitando a apreensão de que esta

profissão, assim como as demais do campo da saúde, reproduzem relações sociais mais amplas, determinando patologias, tecnologias e formas diferenciais de atendimento (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Ao longo de 16 anos de produção científica, Donnangelo ofereceu soluções teóricas capazes de explicar os recursos humanos em saúde como integrantes de totalidades mais amplas, o que abriu oportunidades para a construção de um quadro teórico específico voltado para o ‘processo de trabalho em medicina’, constituindo uma verdadeira escola de pensamento, investigação e prática, com base nesse referencial teórico (PEDUZZI, 2007).

Na visão de Mendes-Gonçalves (1992) essa escola foi pautada por uma tradição cujas marcas estão impressas na produção científica e nas formas que muitos dos discípulos de Donnangelo trabalharam suas pesquisas, assentadas nos conceitos de historicidade, socialidade, estrutura e totalidade, e valores como dignidade e prioridade humanas.

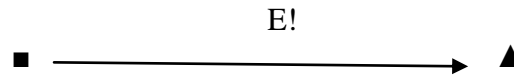
Nos anos que Donnangelo desenvolveu atividades no curso de pós-graduação em saúde preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, exerceu forte influência sobre seus orientandos, o que garantiu à eles avanços e inovações dentro do espírito que norteou a presença intelectual da autora, o de contribuir para a reflexão crítica e elaboração teórica (NUNES, 2008).

Autores como Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, Luiza Sterman Heimann, Emerson Elias Merhy e Lilia Blima Schraiber são exemplos de pessoas que articularam suas pesquisas a partir dos trabalhos de Donnangelo, desdobrando-os especialmente em linhas de investigação aplicadas à área de organização tecnológica das práticas de saúde, onde Mendes-Gonçalves e Merhy se destacaram (NUNES, 2008).

Mendes-Gonçalves, em 1979 defendeu sua dissertação de mestrado intitulada *Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico*, que foi alicerçada na aplicação da teoria Marxista do trabalho ao campo da saúde, a fim de contribuir para apreensão das práticas de saúde e domínio das investigações, tendo em vista que acreditava que estas se constituam como ferramentas importantes para a transformação da realidade (MOTA; SILVA; SCHRAIBER, 2004).

Para esse autor, antes de se pensar o trabalho em saúde era necessário apontar e reconhecer conceitualmente a qual universo de fenômenos estava sendo feito referência ao se empregar o termo “trabalho”. A partir de seus estudos concluiu que as duas idéias mais gerais e abstratas que encaminham à delimitação do conceito de trabalho humano são as de energia e transformação, conjugadas em um único processo que ele representou graficamente assim:

Figura 1 – Representação esquemática do conceito de trabalho.

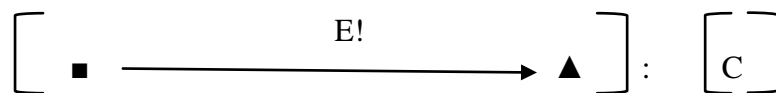


Fonte: Adaptado de Mendes-Gonçalves (1992).

Onde (■) corresponde ao que há antes e (▲) ao que há depois do processo de aplicação intencional de certa quantidade de energia (E!) que é capaz de causar transformação do objeto. Partindo dessa representação, Mendes-Gonçalves (1992) percebeu que todos os conteúdos concretos dos diversos tipos de trabalho estão abstraídos nessa formulação em que subsistiu apenas uma “anterioridade” e outra “posteridade” inerentes ao processo de transformação não espontânea, mas que requereu relação entre ■ e ▲ de maneira que fosse possível perceber as qualidades potenciais de ■ para a partir de um projeto inicial se transformar em ▲, o que excluiu do seu campo de aplicação conceitual todas as considerações anteriores que analisavam estes momentos em si mesmos, e não enquanto momentos do processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Ora, se a transformação não é espontânea, mas dotada de intencionalidade, presumiu que ela foi realizada para satisfazer um Carecimento (C), tendo, portanto uma finalidade, um caráter teleológico que distingue o trabalho humano no âmbito da natureza (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Figura 2 – Representação gráfica do trabalho e sua relação com um carecimento.



Fonte: Adaptado de Mendes-Gonçalves (1992).

Mas para dar conta do desencadeamento da transformação propriamente dita, o autor percebeu que não bastaria a aplicação de energia em algo que havia antes, mas também o emprego de Instrumentos (I) adequados aos seus objetos correspondentes, como meio de fazer com que a energia se incorporasse ao processo de trabalho e sintetizasse as qualidades de ■ e o projeto de ▲ em uma ação transformadora.

Quanto à energia presente no processo, o autor a designou de força de trabalho, responsável pelo fornecimento de energia mecânica capaz de movimentar os objetos, e de

energia intelectual capaz de controlar a primeira. À ação coordenada intelectual-mecânica de consumo de energia conforme a finalidade desejada, o autor chamou de Trabalho.

Entretanto, toda a exposição realizada até aqui pode ser comprometida se o entendimento de processo de trabalho for deixado no ponto que está por facultar uma compreensão em que ele figura como aplicável à atividade de um homem só, ou de muitos isolados que após trabalharem entram em contato entre si. A esse respeito, Mendes-Gonçalves (1992) esclarece que o homem nunca trabalha isolado dos outros homens, mas sempre organizado em grupos a fim de satisfazer os carecimentos que não são dele, trabalhador individual, mas sim do grupo, clã, tribo, comunidade que ele está inserido, o que faz do Trabalho um processo de transformação do objeto, em que os homens (agentes) operam através de instrumentos adequados para atender uma finalidade constituída histórico e socialmente.

Assim, ao aplicar esses pressupostos à investigação do processo de trabalho em saúde, em particular ao trabalho médico, Mendes-Gonçalves (1992) distinguiu como seus componentes o objeto de trabalho, instrumentos de trabalho, a finalidade e os agentes.

O objeto de trabalho consiste no elemento sobre o qual recairá a ação do agente, que após reconhecer nele potencial para atender um carecimento, o transformará através dos instrumentos de trabalho adequados. Contudo, esse objeto não está disposto na natureza ou na vida social, necessitando por isso, ser reconhecido como tal pelo trabalhador, com base em um saber que contenha o projeto capaz de transformá-lo em um produto com vistas à uma finalidade, que representa a intencionalidade do processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Todavia, para que o produto seja obtido é necessária a utilização de instrumentos de trabalho, que correspondem à forma pela qual a energia (E!) é incorporada ao processo de trabalho, podendo ser divididos em materiais, que são os equipamentos, materiais de consumo, medicamentos, instalações físicas, entre outros e; não materiais, que são os saberes que articulam em determinados arranjos, os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Este produto, por sua vez, representa não um resultado qualquer, mas a satisfação do carecimento que originou o trabalho. Assim, a finalidade consiste na interiorização do carecimento que impulsiona o agente à ação em busca de um fim, ou seja, o resultado obtido no final do processo de trabalho já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador, que imprimiu ao material o projeto que tinha conscientemente na mira (MENDES-GONÇALVES, 1992). Isso faz do processo de trabalho uma ação dirigida a um fim dado a priori, que

caracteriza a intencionalidade e racionalidade que o orientam no exercício cotidiano do trabalho desempenhado pelo agente.

O agente do trabalho é o homem que aparece como produto e criador do processo de trabalho através da natureza. Tal como os demais, ele só pode ser analisado na sua relação com os demais componentes, mas recebe destaque à medida que a dinâmica intrínseca ao processo de trabalho só é possibilitada por sua ação (MENDES-GONÇALVES, 1992; PEDUZZI, 2007).

Posto isso, pode-se dizer que o que diferencia o homem, enquanto ser natural, de outros animais é a potência que ele tem para responder ao carecimento através do processo de trabalho. E para distinguir o carecimento do homem do dos outros animais, Mendes-Gonçalves (1992) o chamou de necessidade.

No ano de 1986 esse quadro conceitual proposto pelo autor é amadurecido e colocado à prova em sua tese de doutorado sobre Organização Tecnológica do Trabalho nas unidades básicas do Estado de São Paulo, onde foi investigada a dimensão tecnológica do processo de trabalho com ênfase na categoria saber, já apontada anteriormente em sua dissertação como instrumento de trabalho imaterial e de caráter intelectual técnico-científico, posto que o trabalhador/profissional de saúde é detentor de um saber que fundamenta sua ação e recorte do objeto da intervenção. Dessa forma, o autor propõe, em seu processo de construção teórica, a categoria saber operante, que tem origem no processo de trabalho em saúde e fundamenta a intervenção profissional por meio da qual o agente do trabalho surge como um mediador que estabelece relações entre conhecimentos científicos, saberes e dimensões ético-políticas de ambos, na prática cotidiana do trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Outra categoria que o autor desenvolveu nesse trabalho foi o conceito de tecnologia, que na sua compreensão, não se resume ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, mas sim ao conjunto de saberes e instrumentos que expressam, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social (MENDES-GONÇALVES, 1994).

A partir dessa discussão de Mendes-Gonçalves (1994), Merhy (1997) afirmou que existem três tipos de tecnologias em saúde: as tecnologias duras, representadas pelas ferramentas materiais utilizadas no processo de trabalho (como equipamentos, instrumentos cirúrgicos, insumos hospitalares, normas e protocolos); as tecnologias leve-duras, relativas ao conhecimento acumulado e estruturado, como o da clínica, epidemiologia e enfermagem, necessários para utilização das tecnologias duras e operação do processo de trabalho e; as tecnologias leves, que governam o fazer em saúde, correspondendo às dimensões subjetivas

sempre presentes nesse trabalho, relacionadas à produção de vínculo, autonomia e acolhimento.

O entendimento do saber como tecnologia permitiu à Mendes-Gonçalves (1994) elaborar a concepção de modelos tecnológicos de saúde, os quais serviram de base para a análise das características do processo de trabalho em saúde na atenção básica do estado de São Paulo, organizado em torno de dois modos: prática de saúde pública, baseada na apreensão do objeto de trabalho em sua dimensão coletiva, expresso através do controle de doenças e; prática de assistência médica individual, baseada na apreensão do objeto de trabalho em sua dimensão individual, destinado à recuperação de doentes. Embora ambas as práticas concebam o corpo humano como objeto de trabalho em saúde, há formas diferentes de reconhecê-lo e o trabalhá-lo tanto no plano do conhecimento quanto no da prática (CYRINO, 1993).

O primeiro modo está fundamentado no saber¹ da Epidemiologia, que tem como característica central a apreensão dos corpos coletivamente, ultrapassando o plano individual, o que lhe permite instrumentalizar práticas sanitárias de controle de doenças infecciosas e intervenção sobre grupos populacionais com base no conceito de risco, e enquanto saber operante, determinar formas de organização tecnológica do trabalho. Na prática de saúde pública o trabalho é feito a partir de várias ações organizadas pela equipe multiprofissional, que podem iniciar com uma consulta médica, e serem sucedidas, com base na noção de risco epidemiológico, pela busca ativa de casos, realização de diagnóstico precoce em assintomáticos e ações educativas orientadas para a promoção e prevenção da saúde (CYRINO, 1993).

O segundo modo fundamenta-se no saber da Clínica, cuja concepção de objeto está localizada ao nível do corpo individual, lido como biológico. Para Mendes-Gonçalves (1994) a clínica se limita à individualização do normal e do patológico no corpo do indivíduo, ou

¹Foucault (1995) refere-se ao saber como: o conjunto de elementos formados de maneira regular por uma prática discursiva e que são indispensáveis à constituição de uma ciência, apesar de não se destinar necessariamente a lhe dar lugar; o domínio constituído pelos diferentes objetos que adquirirão ou não um estatuto científico; o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso; e ainda o campo de coordenação e subordinação dos enunciados, em que os conceitos aparecem, se definem, são aplicados e se transformam. Na linha de diferenciação entre saber e ciência, Foucault acrescenta que no interior de um dado campo de saber encontram-se inscritas ciências, que em uma análise arqueológica, podem ser apreendidas em diferentes limiares de epistemologização, de cientificidade e de formalização (PEDUZZI, 2002, p. 81). O campo da medicina, fundado cientificamente, constrói duas modalidades de saber: o clínico e o epidemiológico. Estes saberes permitem a apreensão do objeto do trabalho médico, pois o saber é que recorta da realidade aspectos que se constituem objetos de intervenção. O saber configura junto com os demais instrumentos do trabalho, possibilidades de intervenção, e mesmo sem as dimensões materiais de equipamentos, tem uma dimensão tecnológica e/ou operante (PEDUZZI, 2002, p. 81).

seja, trata a normatividade como estando inteiramente contida nos limites químicos, físicos e biológicos do corpo humano, ignorando a extensão social. Este entendimento norteia uma das concepções de saúde elaborada pela medicina, instrumentalizando tanto social quanto tecnicamente o trabalho médico. Este saber possui como forma de organização tecnológica do trabalho a prática clínica, que é orientada no sentido da demanda espontânea e livre de cada doente, de maneira que o trabalho possa ser feito inteiramente no ato da consulta médica, em função da abordagem que o profissional determinar (CYRINO, 1993).

Embora esses dois modos de organização do trabalho estejam conectados aos processos de trabalho que implicam objetos, instrumentos e finalidades estruturalmente interdependentes, são diversos o suficiente para sancionar ou obstaculizar diferentes perspectivas subjetivas e projetos tecnopolíticos em confronto na organização da atenção à saúde em construção no país (AYRES, 2015).

A retórica de Mendes-Gonçalves (1994) é a superação da antinomia prevenção versus cura, da recomposição entre saber clínico e epidemiológico, mas sempre sob a perspectiva e gerência da Epidemiologia sobre a Clínica, através do controle de eficiência e eficácia que determinam os parâmetros organizacionais daquela, numa visão coletiva. A esta recomposição o autor, bem como outros autores (SCHRAIBER, 1997), denominaram integração sanitária, que foi reconhecida como limitada, em decorrência da impossibilidade política no nível mais geral de articulação das políticas de saúde, em que a legitimação da Clínica é um dado de realidade. Tal fato pode ser constatado até mesmo na execução dos serviços de saúde, onde o saber clínico e a prática do profissional médico tem influenciado ao longo dos anos as diversas práticas profissionais que compõem a área da saúde, o que faz com que eles, os médicos, desempenhem o papel principal na organização e distribuição dos serviços de saúde, estando os profissionais das demais áreas em posição periférica, de forma que prevaleça uma tradição que dificulta a incorporação da interdisciplinaridade na prática multiprofissional (PEDUZZI, 2007). Peduzzi (2007) acrescenta que mesmo os profissionais que possuem opinião crítica em relação ao modelo hegemônico biomédico, tendem à relegar do projeto assistencial/terapêutico, os saberes e ações de cunho preventivo, educativo, psicossocial e comunicacional que atuam para a obtenção da integralidade da assistência.

Merhy e Franco (2003) também buscam compreender os modelos tecnológicos (que eles chamam de modelos assistenciais), como forma de organização da produção dos serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, o que implica na associação da produção aos processos e tecnologias de trabalho, no sentido de ofertar certos produtos e deles obter resultados capazes de melhorar a situação de saúde do usuário, individual e coletivo.

Dessa maneira, eles entendem que o campo de saberes e práticas da clínica se constitui como parte fundamental no debate em torno da organização da produção da saúde, devendo ser associado aos outros saberes, sem excluir nenhum campo específico, posto que a complexidade dos problemas de saúde só pode ser resolvida contando também com a multiplicidade de saberes e fazeres.

Para dar uma idéia da dimensão da complexidade dos problemas de saúde, os autores recuperaram as contribuições de Cecílio (2001) em torno da questão das necessidades, apresentadas em uma taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos: “Em se ter boas condições de vida [...] ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...] criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional [...] necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”. (CECÍLIO, 2001, citado por MERHY; FRANCO, 2006, p. 03).

Dessa feita, há que se compreender a intenção e a racionalidade que orientam o trabalho em equipe de saúde, de modo a distinguir aquele que é fundamentado na tradição biomédica, ancorado na medicalização da saúde e mercantilização dos serviços, daquele baseado nas necessidades de saúde dos usuários da área de abrangência e orientado pela integralidade e interdisciplinaridade (PEDUZZI, 2007). Todavia, para realização dessa distinção há que ser realizado análise do processo de trabalho em saúde e das dimensões que o compõem, seja a tecnológica, com ênfase nos instrumentos materiais e imateriais, seja a interativa e subjetiva, visto que o trabalho em equipe remete à articulação de ações de vários profissionais por meio da interação entre estes, e destes com os usuários (PEDUZZI, 2007).

Considera-se, portanto, que de um lado os estudos do processo de trabalho em saúde produzem um quadro interpretativo dos diferentes modelos tecnológicos criados ao longo da história, como forma de produção social e de organização dos serviços de saúde (PEDUZZI, 2007). E que de outro, desloquem a análise da atividade em si, para a análise do profissional de saúde e as conexões estabelecidas com os demais constituintes do processo de trabalho, valorizando a presença expressiva de seus agentes, como sujeitos formuladores do saber operante ou do saber tecnológico que fundamenta as ações executadas frente à interpretação das necessidades de saúde trazidas pelo usuário ou pela população e o saber prático que consiste no próprio saber tecnológico, que se testa e se enriquece no exercício profissional cotidiano (PEDUZZI, 2007).

Peduzzi (2007) nos diz que o trabalho em saúde não consiste apenas em técnicas e tecnologias consagradas, uma vez que estas não recobrem todas as questões envolvidas na atenção à saúde. Imprevisibilidade e incerteza também integram este trabalho em virtude da

aplicação pertinente das regras técnico-científicas decorrerem do apropriado julgamento e da apreciação do profissional acerca das necessidades trazidas pelos usuários, expressas ou não, o que exige interação entre profissional e usuário, e capacidade do primeiro de reconhecer e atuar na esfera da alteridade e da intersubjetividade.

Retomando Mendes-Gonçalves (1994), pode-se dizer que a abordagem metodológica de seu estudo do processo de trabalho em saúde é caracterizada pelo condicionamento da concepção do objeto e dos processos de trabalho à determinações sócio-econômicas mais amplas, posto que, quando as determinações externas se interiorizam no objeto e passam a reconstituí-lo, ocorre sua apreensão. Assim, pode-se interpretar que as idéias que o autor compartilhava denotam que ele se identificava com uma linha de pensamento dominante na saúde coletiva, que chega a se constituir como marco teórico da tecnologia do trabalho na área da saúde podendo ser condensada nos seguintes pontos básicos:

- Formulação teórica e organizativa de modelo tecno-assistencial que subordina o saber clínico ao saber epidemiológico a título de integração sanitária;
- Concepção de objeto eminentemente coletivo e de perfil de necessidades não só inspirados pelo saber epidemiológico, como também condicionadas pelas determinações do modo capitalista hegemônico. Em consequência disso, a organização tecnológica do processo de trabalho também será limitada a tais determinações.

Ainda sobre organização tecnológica do trabalho, em 1997, Emerson Elias Merhy ampliou as contribuições teóricas sobre esse tema estabelecidas por Mendes-Gonçalves, trazendo as idéias de “exercício do autogoverno pelos trabalhadores de saúde” para imprimir mudanças a partir das intersubjetividades no processo de trabalho, e o “espaço intercessor constituído na relação trabalhador de saúde/produtor e o usuário/consumidor”. Também inspirado em Karl Marx, Merhy (1997) introduziu a análise da micropolítica² do trabalho vivo em ato e a tipologia da tecnologias em saúde (leve, leve-dura e dura), que reiteraram e renovaram o valor da teoria do processo de trabalho na compreensão das práticas de saúde e preencheram as lacunas deixadas pelas abordagens anteriores (AYRES, 2000).

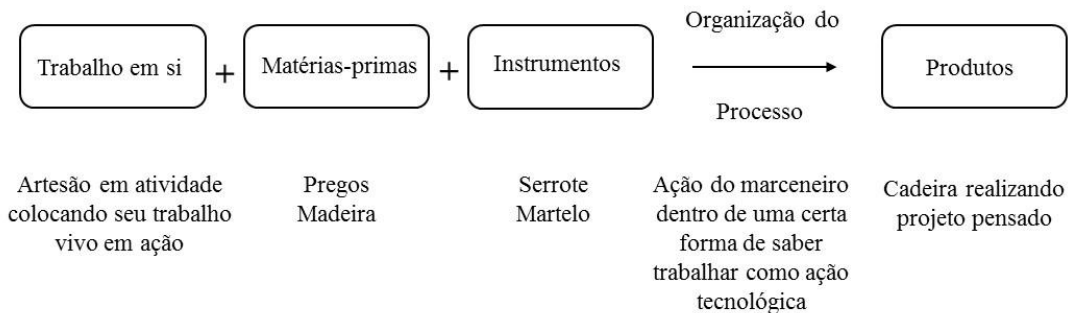
Para facilitar o entendimento sobre os aspectos abordados na teoria de Merhy (1997), utilizaremos o exemplo dado pelo autor para explorar dimensões importantes do processo de

²A organização micropolítica dos processos de trabalho é entendida por Merhy e Franco (2003, p. 459) como “o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra”.

trabalho. Deste modo, imaginaremos como instrumento de análise a situação vivenciada no trabalho de um marceneiro-artesão ao produzir uma cadeira.

Quando um artesão está produzindo uma cadeira, há três componentes do processo de trabalho que estão sempre presentes: o trabalho em si do marceneiro, as matérias-primas e os elementos que são tomados como “ferramentas” ou instrumentos do trabalho (MERHY, 1997). Ao juntarmos estes três componentes não necessariamente teremos a produção de cadeiras, posto que é necessário que eles sejam articulados por um certo modo de organização constituído dos saberes que o artesão possui, para que haja a produção do produto. Sendo assim, não é suficiente o marceneiro apenas pensar antes o projeto da cadeira, mais também deter um "saber tecnológico", um certo modo de saber fazer, para juntar os três componentes anteriores e transformá-los em um produto específico: aquela cadeira pensada, que poderá ter quatro pernas, três, um assento maior ou menor, etc. Gráficamente, isso pode esquematizado da seguinte forma:

Figura 3 – Representação gráfica do trabalho do marceneiro.



Fonte: Adaptado de Merhy (1997).

Onde o “trabalho em si” refere-se ao trabalho vivo que ocorre no momento em que se está produzindo em ato, ou seja, é o trabalho criador do marceneiro que permite a produção da cadeira. Ele também é considerado por Merhy (1997) como instituinte, pois está em processo, “dando”, e pode tanto fazer uso do que está dado (trabalho morto) com liberdade para desenhar a cadeira como lhe interessar, para o caso dela ser para uso próprio, quanto com pouca autonomia, para o caso dela estar sendo produzida para a venda no mercado, que normatiza em torno do que está sendo desejado pelos consumidores (MERHY, 1997).

Chama-se de trabalho morto os produtos-meios (matérias-primas e instrumentos) que são resultantes de um trabalho humano anterior, já instituído, dado, ou seja, sobre eles já foi aplicado um trabalho pregresso para sua elaboração, que os tornou um conjunto de elementos que entram comandando uma parte da atividade produtiva e criativa do marceneiro (MERHY,

1997; MERHY; FRANCO, 2006). Assim, pode-se dizer que o trabalho vivo estará sendo dirigido não apenas por uma parte do trabalho morto contido no seu universo tecnológico, mas também pela forma como são construídas socialmente as necessidades dos consumidores de cadeiras e as maneiras sociais de satisfazê-las. Este encontro de trabalho morto e trabalho vivo no interior do processo de trabalho reflete uma correlação entre eles, no núcleo tecnológico do cuidado. À esta correlação, Merhy e Franco (2006) chamaram de Composição Técnica do Trabalho (CTT), que quando favorável ao trabalho morto, refletirá um processo de trabalho, tecnologias duras dependente, e quando ao contrário, houver predominância do trabalho vivo em ato, haverá uma produção do cuidado centrado nas tecnologias leves.

Nos serviços de saúde quando a organização micropolítica do processo de trabalho em saúde funciona sob a hegemonia do trabalho vivo, tem-se um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva, posto que o trabalho vivo, como dispositivo de formação de fluxos-conectivos, é capaz de fazer uma cartografia no interior dos processos de trabalho, como se fosse o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assumindo características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade. Por outro lado, o trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, limitando a capacidade criativa e libertadora do trabalho, reproduzindo as relações vigentes na sociedade (MERHY, 1997).

Para ilustrar essa afirmação, lembremos da organização da atenção básica de saúde do SUS, que é excessivamente normatizada. A ESF reflete muito essa diretriz normativa, principalmente quando a rede opera sob a lógica das ações programáticas e determina horários específicos para atender os usuários, quantitativo de senhas para consultas e procedimentos, enfim, impõe fortes amarras aos trabalhadores, que se vêem constrangidos no objetivo de produzir cuidado (MERHY; FRANCO, 2006).

Todavia, ao considerarmos que o trabalho vivo é “autogovernável”, ou seja, que o trabalhador possui certa autonomia e possibilidade de escolha, entende-se que é passível de subverter a ordem e a norma, abrindo linhas de fuga em que o trabalho vivo possa ser realizado com maior liberdade, de forma que os trabalhadores façam e operem suas relações com outros fluxos de conexão com as equipes, unidades de saúde e principalmente com os usuários, produzido cuidado na rede que se formou e não na estrutura que permanece rígida sob o império da norma (MERHY; FRANCO, 2006). Nesse sentido, o lugar que o trabalho vivo ocupa pode manter e reforçar o que está instituído, como o paradigma e os instrumentos

operantes do modelo hegemônico, como também, em virtude de sua natureza instituinte, permitir que se possa reverter o instituído e transformar o modelo de atenção.

Sobre isso Merhy (1997) aponta a potencialidade do trabalho vivo em produzir “ruidos”, para além das normas e protocolos instituídos pela lógica capitalista de produção, guardando elementos capazes de estabelecer outros projetos, com objetos, instrumentos e produtos diferentes daqueles instituídos e estruturados. Para o autor, o território das tecnologias leves, onde acontecem as práticas de saúde, é o âmbito ideal que possibilita a otimização do potencial criador do trabalho vivo, não o encerrando com captura pelo trabalho morto, mas avançando num movimento continuamente dinâmico e inovador. Todavia, a utilização, priorização ou negligência das diferentes tecnologias da saúde, será estabelecida conforme a concepção de saúde presente e, portanto, da forma como o problema de saúde é tomado, a partir de certa configuração do projeto de saúde predominante na sociedade.

Historicamente, a formação do modelo assistencial para saúde esteve centrada no uso das tecnologias duras e leve-duras, visto que, ela se deu a partir de interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam no setor saúde. Em se tratando da organização micropolítica do trabalho em saúde, este modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, onde o saber do profissional médico estrutura o trabalho de profissionais de outras categorias, ficando a produção do cuidado dependente de tecnologias duras e leve-duras (MERHY; FRANCO, 2006).

Tal fato pode ser constatado no trabalho de um profissional da saúde, que para atender à necessidade do usuário no cuidado à hipertensão arterial, vale-se quase que exclusivamente dos exames e medicamentos como projeto terapêutico para cuidar do problema de saúde, o que caracteriza processo de trabalho centrado no ato prescritivo e núcleo tecnológico no trabalho morto. Agora se o profissional desenvolve um projeto terapêutico mais relacional com o usuário (ainda que o instrumental esteja presente), considerando que este é também sujeito da produção da saúde e pode ser protagonista de atos cuidadores e geradores de autonomia, há o reconhecimento de que o usuário traz consigo sua origem social, relações sociais e familiares, que compõem sua subjetividade e que portanto, devem ser consideradas.

Para Merhy e Franco (2006), esta forma de agir para a produção do cuidado, é capaz de intervir sobre os quatro campos de necessidades relacionados acima por Cecílio (1999), não diminuindo a importância do trabalho morto no processo, mas sim reconhecendo que os dois devem estar juntos no processo de trabalho de saúde, porém, com a hegemonia do trabalho vivo sobre o trabalho morto.

1.2 Necessidades humanas e necessidades de saúde: do que estamos falando?

Para que o homem viva, precisa-se antes de tudo satisfazer necessidades – as que garantem a sobrevivência física – cuja satisfação se encontra em potência no processo de trabalho (CAMPOS; MISHIMA, 2005). Nesse sentido, o primeiro ato histórico do homem foi a produção dos meios que permitissem a satisfação dessas necessidades que imediatamente instauraram novas necessidades.

Assim, pode-se afirmar que há uma consubstancialidade e uma circularidade (MENDES-GONÇALVES, 1992) entre necessidade e o processo de trabalho instaurado para satisfazê-la, em decorrência deste último conter em um de seus momentos a necessidade que deu origem ao processo, que por sua vez terminará em um produto que potencialmente responderá à necessidade, reiterando-a e/ou ampliando-a, dando origem a outro processo de trabalho (MORAIS, 2008).

Nessa perspectiva, as necessidades não são naturais, nem iguais, e tão pouco fixas, posto que irão variar, se ampliar e diversificar a medida que o homem as satisfizer e, adquirir e dominar os instrumentos de trabalho para essa satisfação, o empurrando para novas necessidades (MENDES-GONÇALVES, 1992). Diz-se portanto que elas são sócio-históricas, pois “constituem o conjunto de necessidades de toda ordem que devem estar presentes para a reprodução do homem em um certo período e em uma certa sociedade, e eventualmente, em cada grupo particular de homens nessa sociedade” (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 2).

Correlatamente essa sócio-historicidade é a contrapartida da sócio-historicidade dos processos de trabalho que criam os objetos para as necessidades, assim como o inverso é verdadeiro, já que as novas necessidades criam os sujeitos para os novos processos de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Pode-se afirmar também que as necessidades são assentadas e determinadas pelo estágio de desenvolvimento dos meios de produção, o que pode torná-las na sociedade capitalista, mais complexas e sofisticadas para alguns, e cada vez mais próximas do limite da manutenção da vida para outros (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Autoras como Mandu e Almeida (1999), inspiradas pela perspectiva humanista de Karl Marx, defenderam que o ser humano e suas necessidades são definidos a partir da existência concreta, que se dá através do trabalho e da relação dos homens com si mesmo, com a natureza, com os outros e com as transformações que produzem por sua ação e geram vida humana e história. Todavia, as autoras ressaltam que esta visão de que o homem só se torna homem concretamente através do trabalho e da ação transformadora, não exclui a

consideração do que Marx denomina de “natureza humana em geral”, que se refere à vitalidade, à energia e à capacidade de criar, mas que não possui vida própria fora da existência, dado o entendimento de que o homem só se humaniza através de condições dadas, em meio a ações contínuas.

Assim, as autoras reportam-se a afirmação de Marx de que existem necessidades verdadeiras, que são indispensáveis à efetivação da essência humana na existência concreta, como a necessidade de liberdade, de independência, de criação, e as relacionadas à manutenção da vida (como comer, dormir, agasalhar-se) e ao instinto sexual; e as necessidades alienadas ou criadas em função do capital, do ter, do poder e do usar, que se referem, sobretudo, à aspectos materiais como necessidades de dinheiro, lucro, poupança, propriedade das coisas, consumo de bens etc., o que as torna inesgotáveis e integrantes da subjetividade dos seres humanos, visto que, há um modo instaurado e contínuo de criação, percepção e satisfação/insatisfação social de necessidades, apoiado em uma relação subjetiva dos indivíduos com esse sistema de necessidades (MANDU; ALMEIDA, 1999).

Também sob influência Marxista, Vaitsman (1992) citado por Mandu e Almeida (1999), afirma que em decorrência de as sociedades modernas basearem sua produção na exploração da força de trabalho humana e na natureza, elas têm que conviver com problemas sócio-ambientais que implicam no comprometimento da qualidade de vida e saúde humana, e que o restabelecimento delas dependerá de as pessoas poderem satisfazer as suas necessidades fundamentais - de sobrevivência (alimentação, moradia, hidratação), proteção (sistemas sociais, ambientais), afeto (igualdade nas relações, sexualidade), compreensão (acesso à educação, cultura), participação (social e política), lazer, criação, identidade e liberdade – que foram definidas universalmente, mas que variam na forma de serem atendidas.

Para Oliveira et al (2011) a delimitação conceitual das necessidades humanas tem uma conotação tão ampla, relativa e genérica que torna a identificação dos conteúdos, contornos e particularidades desse conceito muito difícil, confundindo-o com uma dimensão restrita ao biológico e ao seu caráter instrumental. Todavia, eles apontam que há uma diversidade de abordagens que tem encaminhado o termo para uma polarização que aglutina de um lado, majoritariamente, as que identificam necessidades básicas como estados subjetivos e relativos de carecimentos e, de outro, de forma minoritária, as que tomam essas necessidades como um fenômeno objetivo, passível de generalização, apoiado na existência de necessidades universais, tal como Vaitsman (1992 citado por MANDU; ALMEIDA, 1999) defendeu.

Assim, na posição majoritária os argumentos são sustentados no fato de que há diferenças interpessoais e culturais entre os seres humanos, o que faz com que não haja

necessidades comuns vivenciadas coletivamente e que sirvam de parâmetro para a formulação de ações e implementação de políticas públicas, mas sim interpretações de necessidades humanas básicas confusas e inespecíficas, frequentemente consideradas como: falta ou privação de algo objetivo ou subjetivo; preferência por determinado bem ou serviço em relação a outro; desejo de quem, psicologicamente, se sente carente de alguma coisa; compulsão por determinado tipo de consumo, movida pela dependência ou pelo uso repetitivo ou viciado desse consumo; demanda como procura por satisfação econômica, social ou psicológica de alguma carência (OLIVEIRA et al, 2011).

Maslow (1954) citado por Regis e Porto (2006) considera que todos os seres humanos possuem necessidades básicas que motivam seu comportamento no sentido de satisfazê-las, e que elas estão organizadas em uma hierarquia composta por cinco níveis (necessidades fisiológicas, necessidades de segurança, necessidades sociais, necessidades de estima e necessidades de auto-realização) de maneira que quando um nível é satisfeito, o ser humano passa a ansiar pela satisfação do nível seguinte, e assim sucessivamente.

Conforme essa teoria, certas necessidades humanas são mais básicas do que outras, visto que, algumas necessidades devem ser atendidas antes de outras. Por exemplo, uma pessoa faminta está mais propensa a procurar comida do que a se engajar em atividades que aumentam a auto-estima. Assim, a pessoa cujas necessidades estejam totalmente atendidas será sadia e a pessoa com uma ou mais necessidades não atendidas estará em risco para doença ou pode não ser sadia em uma ou mais dimensões humanas (MASLOW, 1954 citado por REGIS; PORTO, 2006).

O autor aponta ainda a hierarquia entre as necessidades está ligada às características do ser humano, independente do sistema de produção vigente e que existem pré-condições para que elas sejam satisfeitas. São elas: liberdade de falar, liberdade de expressão, liberdade para investigar e buscar informação, liberdade para se defender e buscar justiça, equidade, honestidade e permanência garantida dentro do grupo.

E por fim, mas não esgotando o tema, cabe destacar o entendimento de Wanda de Aguiar Horta, doutora e livre-docente em Fundamentos e Enfermagem, que em 1974 formulou os preceitos para construção do modelo conceitual das Necessidades Humanas Básicas, após ter ficado inquieta ao perceber que o conhecimento da enfermagem era oriundo de experiências práticas, não existindo uma organização e sistematização do mesmo (HORTA, 2011).

O modelo conceitual elaborado por Horta se fundamenta na Teoria da Motivação Humana de Maslow, porém, com influências da Lei do Equilíbrio (homeostase e

hemodinâmica), onde se pressupõe que todo o universo se mantém por equilíbrio, em movimento entre seus seres; Lei da Adaptação, que preconiza que todos os seres do universo agem em conjunto com o seu meio exterior, buscando formas de ajustamento para manter o equilíbrio e; Lei do Holismo, que concebe o universo como um todo, o ser humano como um todo e a célula como um todo, sendo que este todo não deverá ser comparado à soma de todas as partes, mas compreendido como a unicidade de cada ser (HORTA, 2011).

Assim, para Horta (2011), as necessidades humanas são estados de tensão conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais, ou seja, na interação com o universo dinâmico, o ser humano vivencia estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. Os desequilíbrios geram necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes e inconscientes, e levam o ser humano a buscar a satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio. Assim, as necessidades básicas precisam ser atendidas, porém, quando o conhecimento do ser humano a respeito de suas necessidades é limitado pelo seu próprio saber, faz-se necessário o auxílio de pessoas habilitadas para atendê-las.

No que se refere ao conceito de necessidades de saúde, Stotz (1991) o discutiu profundamente em sua tese de doutorado, especialmente no âmbito operacional, transpondo-o para área da saúde. Conforme o autor, as necessidades de saúde estão situadas no nível das necessidades sociais mais gerais, embora só sejam apreendidas em sua dimensão individual, a partir da relação dialética entre o social e o individual. Assim, um de seus interesses era o de conhecer como nas demandas sociais por saúde poderiam ser constituídos determinados “sujeitos coletivos”, tendo em vista que essas demandas expressam determinadas carências ou necessidades geradas pelo modo de produção e organização da sociedade. Para isso, Stotz recorreu à Nunes (1989) que analisou o conceito de carência a partir de duas mediações: a primeira que concebe a definição da palavra tendo por referência o conceito de indivíduo, visto que entende carência ser atributo deste, realizado mediante escolhas entre carências diversas que implicam reciprocamente opções entre valores e modos de vida. A outra mediação “é a existência de um conjunto de carências cujo atendimento é socialmente sancionado como legítimo e como contrapartida da obrigação política.” (NUNES, 1989, p. 68).

O autor valeu-se da primeira mediação para explicar a dimensão coletiva do processo de determinação das carências/necessidades individuais, uma vez que o indivíduo é imediatamente social por pertencer a determinado grupo (família, colegas de trabalho, seita religiosa etc.), influenciando e sendo influenciado no que diz respeito aos valores e modos de

vida. Trata-se, pois, de uma mediação fundamental da prática social inerente à vida em sociedade, fazendo com que as necessidades de saúde sejam necessidades de milhões de indivíduos e, ao mesmo tempo, necessidades coletivas, que devem ser consideradas no contexto em que foram criadas. Assim, Stotz (1991) defendeu que para deflagrar ações voltadas à resolução de problemas de saúde do coletivo, com o propósito de melhorar o nível de saúde da população, deve-se ter como obrigatório a reflexão sobre os processos de trabalho a serem instaurados, considerando a reciprocidade entre estes e as necessidades, que devem ser instauradas a partir de uma lógica capaz de “dar voz” aos indivíduos, posto que elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual, numa relação dialética entre o social e o individual.

Mendes-Gonçalves (1992) parte do olhar para o trabalho do xamã, em sua relativa simplicidade, porém rica historicidade, para explicar a definição de necessidades de saúde. Segundo o autor, o xamã executa o trabalho de mediação entre os homens e o universo. Nesse contexto, homens, coisas, animais e eventos naturais são concebidos como personagens, entidades com existência própria e diferenciada, com capacidade de ter intenções e desejos, embora seus “papéis” sejam desempenhados a partir de um script pré-fixado.

Parte dessas entidades, que durante aproximadamente dois séculos foram os objetos postos nos processos de trabalho em saúde nas sociedades ocidentais, recobrem a noção de “mal” como porção integrada e essencial da natureza, de forma que alguns eventos que são associados à idéia de “doença” estão contidos nessa noção de mal, e outros que são julgados não terem relação com a “doença”, são, no entanto parte do mal. Ao xamã cabe dirigir-se ao mal e controlá-lo, passando assim a ser responsável pela execução do trabalho separado de resolver problemas que se chamem ou não de doenças, acarretam em restrições na capacidade humana de viver a vida tal e qual vinha sendo vivida. E por eles terem sido avaliados como negativos, constituíram-se em necessidades de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Todavia, para o autor, em sociedades com modo de produção capitalista, as necessidades de saúde aparecem como necessidades sociais, que são as necessidades individuais do grupo de indivíduos que personifica o capital, que assume como suas as necessidades decorrentes de uma relação social de dominação em que indivíduos reproduzem menos ou mais contraditoriamente aquelas necessidades individuais que se tornaram dominantes, e que no caso das referidas à saúde, foi a do consumo de serviços de assistência à doença – serviços médicos no sentido amplo, fato que privilegiou a doença como objeto de trabalho, implicou na concepção de saúde como ausência de doença, e abriu três vertentes principais de atuação para o trabalho em saúde: uma para controlar a ocorrência de doença

(nesse plano, doença = incapacidade de trabalhar); outra para recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença, repondo-a no processo de trabalho; e por fim uma como forma de ampliar efetivamente os direitos sociais das classes subalternas (MENDES-GONÇALVES, 1992). Com isso, as necessidades de saúde foram reduzidas a “problemas de saúde”, que se almeja pela formulação de intervenções da biomedicina, evitar, corrigir ou minimizar.

Para Mandu e Almeida (1999) refletir sobre necessidades em saúde e a forma como estas orientam o processo de trabalho nesse campo requer que sejam considerados os modos como elas são apresentadas no sistema social, o que implica analisar dois planos distintos: o da criação/satisfação social das necessidades humanas e, o da relação do trabalho em saúde com o sistema de necessidades.

Nesse sentido, em sociedades com modo de produção capitalista, as necessidades em saúde possuem tanto um valor de uso como de troca, pois elas são materializadas em produtos que podem ser utilizados e comercializados no mercado, tornando-as alvo de manipulação social, no sentido de serem criadas ou ocultadas conforme parâmetros, interesses e regras instituídas no mundo capitalista, que é ordenado por sua lógica de consumo-lucro crescente. Desse modo, nos modelos que predominam na área da saúde, as necessidades são apresentadas como se fossem de todos, desconsiderando as desigualdades sociais e a inadequada distribuição de recursos. Trata-se de uma interpretação a-histórica das necessidades.

Nessa mesma perspectiva, Campos, G. (2000), inspirado em Karl Marx (1985), trabalha com o termo necessidades sociais, afirmando que elas são produzidas a partir de processos complexos dependentes que envolvem os movimentos políticos, ideológicos e culturais. Para ele, o resultado do trabalho materializa-se em produtos que assumem a forma de bens ou serviços que tem um duplo valor: o de troca e o de uso. O primeiro garante que os produtos circulem como mercadorias; o segundo expressa a utilidade do produto, dada pelo fato de ele potencialmente atender às necessidades sociais, o que incentivará o seu consumo. Assim, no capitalismo as necessidades sociais são alvo de manobras ideológicas para que elas sejam representadas mediante produtos concretos, como o consumo de serviços de saúde, dando sentido à existência de organizações que produzam este produto e garantindo a sobrevivência delas no mercado (CAMPOS, G.; 2000b).

Teixeira (2005) ao discutir o acolhimento dialogado como meio pelo qual se pode realizar a humanização do atendimento na atenção primária à saúde, afirma que a identificação das necessidades de que o usuário se faz portador e os modos de satisfazê-las, devem ser os orientadores do processo, visto que nem sempre as necessidades são

transparentes e nem jamais definitivamente definidas, “mas são e desde sempre tem sido objeto de um debate interminável, de uma experimentação continuada, em que o que se discute e refaz sem cessar é a nossa própria humanidade.” (TEIXEIRA, 2005, p. 593).

Campos, C. (2004) ao escrever sua tese de doutoramento buscou identificar como o tema necessidades de saúde vinha sendo abordado nas produções científicas a partir dos anos 1990. A autora identificou que eles poderiam ser categorizados em dois grandes grupos: necessidades de saúde no âmbito abstrato do conceito, que tomam como central as condições essenciais para a manutenção da vida e; necessidades de saúde no âmbito concreto-operacional, utilizado na área do planejamento em saúde para organizar a produção de serviços de saúde.

Posteriormente Campos, C. e Michima (2005) discutem necessidades de saúde a partir da dimensão concreto-operacional do conceito, trabalhada por Stotz (1991) e Mendes-Gonçalves (1992). Assim para as autoras, as necessidades de saúde não são naturais e nem gerais, mas de reprodução social, o que as faz ser diferentes em cada grupo social, dado o fato de que a posição que o indivíduo ocupa na divisão social do trabalho determina modos diferentes de viver. Partindo desse entendimento, o processo de trabalho em saúde deve ter como finalidade as necessidades de saúde dos grupos sociais que integram o território, o que implica na ampliação do objeto de prática para além da dimensão biológica, de modo a contemplar as dimensões cultural, econômica, ecológica e política, comandadas no modo de produção capitalista, pela dimensão econômica.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) ao elaborar as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de gestão, entende como necessidades de saúde as estimativas de demanda de ações e serviços de saúde legitimadas pela população usuária do sistema e pelos atores relevantes na sua definição e implementação, e que foram determinadas por pressões e consensos sociais provisórios, pelo estágio atual do desenvolvimento tecnológico do setor e pelo nível das disponibilidades materiais para sua realização. Com a adoção de tal definição pretendia-se superar os enfoques utilitaristas marcados pelo viés subjetivo e individual do conceito, apontando para a criação de consensos normativos sobre os níveis adequados de oferta de bens e serviços nos três níveis de atenção à saúde, para que houvesse a elevação dos patamares de autonomia e ampliação das capacidades individuais e coletivas para a busca da saúde.

Para Egry et al (2009) as necessidades de saúde tem sido objeto de estudo, debates e políticas de saúde principalmente no que tange à questão do reconhecimento e resposta a essas necessidades, que para essas autoras devem ser definidas, recortadas, objetivadas e

reconhecidas nos espaços de articulação entre os serviços de saúde e a população dos territórios onde tais serviços estão situados.

Cecílio (2009) discutiu os temas da integralidade e equidade na atenção à saúde, tomando as necessidades de saúde como orientadora de suas reflexões, embora conceituá-la fosse e seja sempre um desafio, mas que ele o realizou em 1999 com as contribuições do estudo de Stotz (1991). Organizando as necessidades de saúde em uma taxonomia, Cecílio (2001) as dividiu em quatro grandes grupos, que utilizavam conceitos normativos, traduzíveis em descritivos e operacionais que precisavam ser reconceitualizados para poder exprimir a dialética do individual e do social.

O primeiro deles diz respeito a se ter “boas condições de vida”, que implica no reconhecimento de que esta pode ser entendida tanto no sentido funcionalista, que enfatiza fatores ambientais como determinantes do processo saúde-doença, como as formulações de autores de extração marxista, que enfatizam os diferentes lugares ocupados pelos indivíduos no modo de produção capitalista, como as explicações mais importantes para as formas de adoecer e morrer (CECÍLIO, 2009).

O segundo conjunto de necessidades de saúde se refere a se ter acesso e poder consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida. Partindo-se dos conceitos de tecnologias leve, leve-dura e dura propostos por Merhy (1997), Cecílio (2009) afirmou que se deve abandonar qualquer pretensão de hierarquizá-las, posto que o valor de uso que assume cada uma delas será sempre definido a partir de cada momento singular que a pessoa vive.

O terceiro conjunto diz respeito à insubstituível criação de vínculo (a)efetivos entre usuário e profissional e/ou equipe de saúde, que consiste em mais do que adscrição a um serviço ou inscrição em um programa, à medida que envolve o estabelecimento de relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, configurando-se como encontro onde deve prevalecer o compromisso e preocupação de realização da melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas pelo usuário, que pode ser apresentada ou “travestida” em alguma demanda³ específica (CECÍLIO, 2009).

E por último, o conjunto de necessidades de saúde que diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida, o que exige o

³ A demanda é o pedido explícito, a tradução de necessidades complexas do usuário. Na verdade, demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários); as necessidades podem ser bem outras. (CECÍLIO, 200, p. 120).

entendimento de que a informação e educação são apenas parte do processo de construção de autonomia de cada pessoa, e não única forma de obtenção (CECÍLIO, 2009).

Com tudo isso, pode-se dizer que para Cecílio (2009, p. 120) as necessidades de saúde podem ser:

[...] a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu e está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo (a)fetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar a vida ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida. Está tudo ali, na “cestinha de necessidades”, precisando ser, de alguma forma, escutado, traduzido, pela equipe.

Nessa perspectiva, no espaço singular de cada serviço de saúde, o esforço da equipe de saúde para traduzir e atender da melhor forma possível as necessidades de saúde dos usuários, é entendido como integralidade da atenção (CECÍLIO, 2009).

Para efeito desse estudo, a concepção de necessidades de saúde que será adotada é a proposta por Mendes-Gonçalves (1992), em decorrência de ser a que mais dialoga com os pressupostos de processo de trabalho em saúde abordados nessa investigação, que concebem que a satisfação de uma necessidade é o produto de um processo de trabalho, e que este resulta da aplicação da ação dos seres humanos sobre um objeto determinado, em resposta a uma necessidade que, ao ser reiterada ou ampliada, dá origem a outro processo de trabalho, caracterizando dessa forma a circularidade existente entre necessidades e processos de trabalho. Nas palavras do autor: “a sócio-historicidade dos processos de trabalho cria os objetos para as necessidades e as novas necessidades criam os sujeitos para os novos processos de trabalho.” (MENDES-GONÇALVES, 1992).

2 MATERIAIS E MÉTODO

2.1 Caracterização do estudo

Em decorrência do objeto de pesquisa desta investigação estar situado no núcleo de saberes das Ciências Sociais e Humanas em Saúde (CSHS) que compõem o campo da saúde coletiva, optou-se por conduzi-la através de metodologia com Abordagem Qualitativa, uma vez que esta permite a compreensão mais ampla do fenômeno estudado e a combinação de estratégias metodológicas de investigação (KNAUTH; LEAL, 2014).

Minayo e Guerriero (2014, p. 1105), defendem que o emprego dessa abordagem no campo da saúde proporciona subsídio para a compreensão do ponto de vista dos usuários, profissionais e gestores sobre os mais diversos assuntos: “a lógica do sistema, a qualidade dos serviços, as concepções envolvidas nas tomadas de decisões e na prestação de serviços e nas representações sobre saúde, adoecimento, morte, entre outros temas”.

Para Bosi (2012), os estudos orientados pela abordagem qualitativa deixam sua parcela de contribuição com movimentos de reforma no setor saúde em diferentes países, uma vez que subsidiam a reflexão a respeito dos impactos causados pelas tecnologias nas esferas ética, política, técnica, cultural e simbólica desse setor.

A investigação configurou-se como um Estudo de Caso, que é considerado por alguns autores como Ventura (2007), uma das modalidades mais comuns de realizar estudos qualitativos, em decorrência de ser desenvolvido em uma situação real, rica em informações descritivas e que focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada. O autor aponta ainda como vantagens de seu uso, o estímulo a novas descobertas em função da flexibilidade de planejamento; a ênfase na multiplicidade de dimensões de um problema; a simplicidade nos procedimentos; e análise em profundidade dos processos e relações entre eles. Como limitações, menciona a dificuldade de generalizações que pode ocorrer em virtude da unidade escolhida para pesquisa ser bastante diferente em relação às outras de sua espécie.

Todavia, esse ponto “débil” do estudo de caso é inerente aos métodos qualitativos, e por isso buscou-se minimizá-lo com a generalização conceitual ou analítica, que permite aos métodos qualitativos generalizar sobre as características conceituais sem o emprego de termos numéricos, tal como explicam Castro e Bronfman (1997, citados por SERAPIONI, 2000), ao dizerem que em estudos de processos sociais que envolvam reduzido grupo de casos, busca-se obter informações que permitam teorizar sobre o processo que interessa, sem pretender saber

quanto aqueles processos sociais são frequentes dentro da sociedade, embora possam ser representativos de outras estruturas com características semelhantes.

Ao longo da investigação buscou-se manter o rigor de interpretação na articulação entre os autores que discorrem sobre o tema e o material empírico, embora se saiba que por se tratar de estudo qualitativo a visão de mundo da pesquisadora esteja presente e implicada em todo o processo da pesquisa.

2.2 Cenário de estudo

A capital do Estado de Roraima, Boa Vista-RR, foi o cenário deste estudo. Roraima está localizado no extremo Norte do Brasil. A capital Boa Vista foi criada pelo Decreto nº 049, de 9 de julho de 1890, e concentra hoje cerca de 63,11% da população do Estado, o que corresponde a 314 900 habitantes, e lhe confere o status de município mais populoso do estado e o octogésimo sétimo mais populoso do Brasil, apresentando uma densidade populacional de 55,37 hab/km² (IBGE, 2014).

Geograficamente, a capital situa-se na margem direita do Rio Branco, porção centro-oriental do estado. Com uma área de 5.117,9 km² (que corresponde a 2,54% do estado), das quais 1.447,35 Km² são área indígenas, Boa Vista limita-se com Pacaraima ao norte, Normandia à nordeste, Bonfim à leste, Cantá à sudeste, Mucajaí à sudoeste, Alto Alegre à oeste e Amajari à noroeste. Possui clima equatorial com média de temperatura de 27,4° C, vegetação típica de savana, e duas estações bem definidas: chuvosa (inverno), entre abril e setembro; e a seca (verão), entre outubro e março (STAEVIE, 2011).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Boa Vista, considerado alto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), é de 0,752, sendo o maior de todo estado de Roraima. Considerando apenas a educação, o índice é de 0,910 (muito elevado), enquanto o do Brasil é 0,702; o índice da longevidade é de 0,725 (o brasileiro é 0,638); e o de renda é de 0,738 (o do país é 0,723).

Com o plano diretor de 1991, essa capital foi subdividida em quatro zonas urbanas: norte, sul, leste e oeste, que já agrupam em 2016, 55 bairros. As zonas Norte e Sul abrangem poucos bairros e possuem vários contrastes, não podendo assim, serem consideradas zonas de elite ou de baixa renda. A zona Norte inclui, por exemplo, o bairro dos Estados, que possui zonas ricas e pobres. A zona Sul inclui o Centro, que é realmente o centro comercial da cidade e inclui a região do Beiral (Bairro Caetano Filho), que é considerado área de risco social (STAEVIE, 2011).

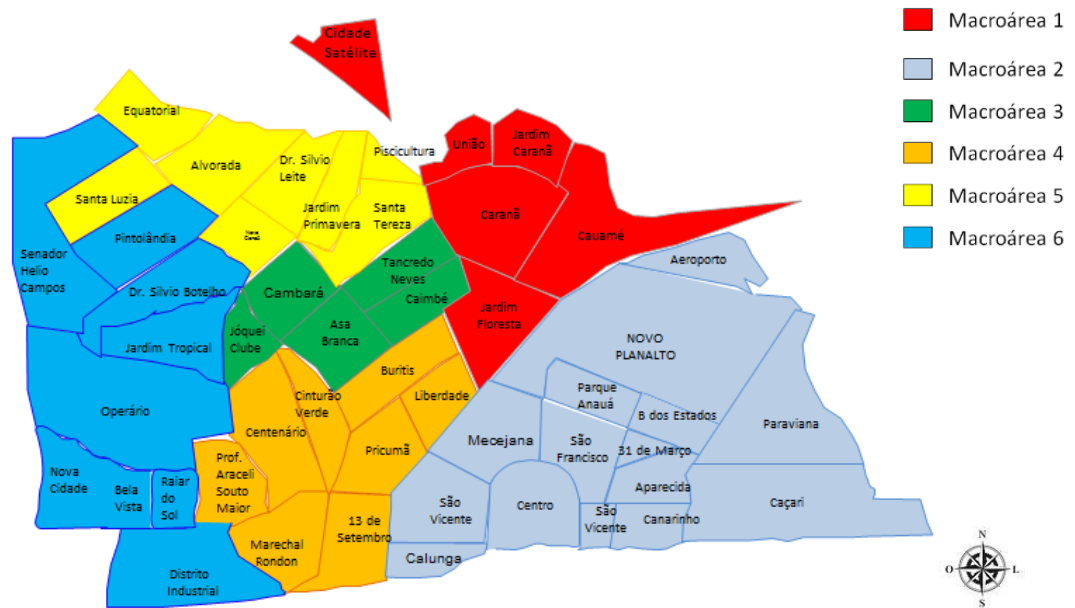
Já a zona Leste, embora possua apenas dois bairros - Caçari e Paraviana - é caracterizada por quase não possuir contrastes, visto que lá vive a maior parte da elite da cidade e naquele local existem variadas opções lanchonetes, restaurantes, espaços para caminhada e descanso (SILVA; ALMEIDA; ROCHA, 2009).

A zona Oeste é maior que todas as outras juntas, concentrando 200.537 pessoas e 38 bairros, o que equivale a mais de 75% da população urbana de Boa Vista (SILVA; ALMEIDA; ROCHA, 2009). É também considerada a zona que permanece em constante expansão, tanto no que se refere à concentração demográfica quanto no tamanho da mancha urbana. Aproximadamente 85% dos residentes nessa zona são migrantes, que geralmente residem em áreas doadas pelo poder público ou que foram ocupadas por processos de invasão. Assim, há predominância de população de baixo poder aquisitivo, em renda média de R\$ 367,00 e índice de analfabetismo alcançando o percentual de 17,3% (SILVA; ALMEIDA; ROCHA, 2009).

Em relação ao setor saúde, Boa Vista está dividida em seis macroregiões de saúde (Figura 4), que possuem 55.113 famílias cadastradas, conforme dados do período de dezembro/2014 do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

No município de Boa Vista a ESF teve seu processo de implantação iniciado no ano de 1998 com o fortalecimento do PACS, que até então era executado com precarização da mão-de-obra, já que tinha apenas 37 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ao invés dos 92 que haviam sido previstos (PACOBAYHYBA, 2013). Decorridos um ano de reuniões e discussões, em agosto de 1999 cinco equipes de saúde da família foram implantadas, com capacidade para atender 17.250 pessoas, das 158.868 que residiam em Boa Vista naquele período, o que correspondia há um percentual de cobertura da ESF de 10,86% (PACOBAYHYBA, 2013). Até abril de 2016 haviam 32 unidades de saúde para que as 51 equipes de Saúde da Família cadastradas no sistema atendessem uma população de 296.959 habitantes, o que garantiu nos seis primeiros meses de 2016 a estimativa de população coberta de 175.950 pessoas, com proporção de cobertura populacional em torno de 59,25% (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2016). Antes do Programa Mais Médicos, apenas 15 dessas equipes tinham a figura do profissional médico.

Figura 4 – Mapa do município de Boa Vista-RR dividido em macroáreas.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde.

Para a realização desta investigação, a pesquisadora escolheu uma UBS da Zona Oeste, localizada na macroárea 4, pois levou em consideração que os aspectos demográficos, sociais e econômicos mencionados anteriormente deixam a população da área sujeitas a diversas situações de risco e vulnerabilidade.

A UBS escolhida foi inaugurada no ano de 2014 e encontra-se inserida no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) conforme as normas vigentes. Funciona em imóvel residencial do tipo casa germinada, alugada para estabelecimento ambulatorial de UBS para a realização do trabalho de duas equipes de Saúde da Família, que estão cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente.

Os espaços do imóvel foram adaptados para terem os seguintes ambientes: recepção, dois consultórios com sanitário, um consultório, um sanitário para os usuários, sala de curativos, copa, administração e sala de armazenamento e distribuição de medicamentos. Como não há sala de espera, os usuários aguardam o atendimento na área externa da UBS, sob a sombra de uma árvore, onde também são realizadas as atividades de educação em saúde.

No Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2006) foi sugerido que a UBS que possua duas ESF tenha uma recepção, de três a cinco salas de espera, um consultório com sanitário, três consultórios, três salas de procedimentos, um almoxarifado, um consultório odontológico com área para escovário, uma área para

compressor e bomba a vácuo, três sanitários, uma copa/cozinha alternativa, uma área para depósito de materiais de limpeza, uma sala de utilidades, uma área para reuniões e educação em saúde, e um abrigo de resíduos sólidos. Nesse sentido, cabe salientar que a atuação dos profissionais depende fortemente dos equipamentos, instalações físicas e ferramentas disponíveis, de modo que carências a ela relacionadas podem comprometer o trabalho das equipes e os seus resultados.

A UBS é informatizada com rede lógica (internet banda larga por Wifi) e computador na sala da direção, com previsão de expansão da tecnologia em 2016 para a recepção e consultórios, visto que consta no planejamento do município a implantação do E-SUS AB, que é o novo sistema de informações da Atenção Básica que organiza os dados na forma de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

A unidade conta com 19 trabalhadores: uma administradora (diretora), dois assistentes administrativos, um responsável pelos serviços gerais e os profissionais que integram as equipes de ESF, que estão assim distribuídos: um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e quatro ACS na equipe que possui sob sua responsabilidade uma população adstrita e cadastrada de 512 famílias; e um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e cinco ACS na equipe responsável pela cobertura de 761 famílias. Todos os profissionais das equipes trabalham sob carga horária semanal de 40 horas, exceto os médicos, que embora estejam cadastrados no CNES como profissionais de 40 horas, trabalham 32 horas semanais, em decorrência de serem provenientes do Programa Mais Médicos.

Entre a população atendida pelas duas equipes encontram-se: 416 hipertensos; 145 diabéticos; 110 cadastrados no Hiperdia; 42 gestantes; 11 gestantes com menos de 20 anos; 430 idosos; 40 deficientes físicos; 27 deficientes mentais; 11 acamados; 10 cadeirantes; 80 crianças de 0 à 1 ano; 123 crianças de 2 à 3 anos; 94 crianças de 4 à 5 anos.

No estabelecimento de saúde os usuários são atendidos de segunda à sexta-feira, no horário de 8:00 às 12:00 e 14:00 às 18:00 horas. O tipo de atendimento é ambulatorial, com fluxo da clientela na forma de demanda espontânea e agenda programada.

A agenda programada é destinada aos grupos específicos, ou seja, abrange os atendimentos previstos nas ações programáticas, cuja periodicidade de acompanhamento também deve se pautar pela avaliação de risco e vulnerabilidade. Assim, esses usuários não “disputam” vagas para realização do acompanhamento com profissional de saúde, visto que já saem, após cada consulta, com a marcação de seu retorno, com hora e data definidas, inclusive intercalando, as consultas médicas com as de enfermagem.

As normas do município preconizam que cada médico da equipe deve atender diariamente 16 pessoas no regime de agenda programada e quatro no de demanda espontânea. Todavia, no período da coleta de dados eram consultadas 12 pessoas da primeira maneira e oito da segunda. Para crianças eram disponibilizadas 10 vagas em único dia da semana. No geral, os serviços oferecidos na UBS estão elencados nos quadros 1 e 2 conforme grupo populacional.

Quadro 1 – Serviços oferecidos pela UBS aos adultos e idosos.

Atenção centrada no adulto/idoso
<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento familiar e direito sexual e reprodutivo; • Avaliação pré-concepção; • Assistência ao pré-natal (mínimo 6 consultas, intercaladas com médico e enfermeiro); • Assistência ao puerpério; • Rastreamento de câncer de colo uterino (coleta de Papanicolau); • Prevenção, identificação e acompanhamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); • Identificação e acompanhamento de situação de violência contra as mulheres; • Identificação e acompanhamento de situação de abuso de drogas; • Manejo de hipertensão arterial e diabetes mellitus; • Avaliação global do paciente idoso; • Manejo de tuberculose; • Manejo de hanseníase; • Abordagem sindrômica de DST; • Identificação e manejo das hepatites virais; • Teste rápido para HIV, Sífilis e hepatites B e C; • Manejo da dengue, zikavírus e chikungunya; • Emissão de atestado médico; • Identificação e acompanhamento de situação de violência contra os idosos; • Realização de levantamento e acompanhamento dos deficientes da comunidade, identificando situações de risco/vulnerabilidades; • Prestação de apoio e orientações aos cuidadores de pessoas com deficiência; • Prestação de apoio e orientações aos cuidadores de idosos.

Fonte: Informações obtidas durante a coleta de informações, Boa Vista-RR, 2015.

Na UBS são realizados ainda procedimentos de curativo, assistência farmacêutica, aferição de sinais vitais, encaminhamentos para serviços especializados (Hospital Coronel Mota e Hospital Santo Antônio) e disponibilização de 70 cotas diárias para realização dos seguintes exames laboratoriais em duas instituições privadas, conveniadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMSA): hemograma, glicemia, colesterol, creatinina e ureia, urina tipo 1, exame de fezes, Antígeno Prostático Específico (PSA), hemoglobina glicada e ultrassonografia pélvica e transvaginal. Para realização de outros exames solicitados na pelos profissionais da UBS, os usuários dispõem do Laboratório de Referência Municipal, que no período da pesquisa realizava os seguintes exames: bacteroscopia de secreção à fresco,

bacteroscopia de secreção, leishmaniose, hanseníase, pesquisa de BAAR (escarro), sorologia para dengue (IgM), cultura para tuberculose, cultura retal, cultura de nasofaringe, cultura de orofaringe, cultura de urina, cultura de ouvido, cultura de secreção vaginal, cultura de secreção uretral, cultura de esperma, cultura de fezes, cultura ocular, cultura de lesão, antibiograma, teste de Montenegro ID, coleta de chikungunya e coleta de hepatites virais (confirmatório) para os casos em que o teste rápido for positivo.

Quadro 2 – Serviços oferecidos pela UBS às crianças e adolescentes.

Atenção centrada na criança e no adolescente
<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento mãe-bebê após alta da maternidade; • Vigilância do recém-nato de risco/vulnerável; • Promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo até 6 meses e continuado até 2 anos ou mais; • Promoção de alimentação e hábitos saudáveis; • Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, com utilização da Caderneta de Saúde da Criança (0 a 10 anos) - mínimo de 7 consultas no 1º ano, 2 consultas no 2º ano e anuais a partir do 3º ano - consultas idealmente intercaladas com enfermagem; • Vigilância Nutricional: identificação e acompanhamento de crianças e adolescentes em risco nutricional (baixo peso, sobre-peso e obesidade); • Prevenção da violência contra crianças e adolescentes e acolhimento/atendimento/notificação/accompanhamento dos casos suspeitos ou confirmados; • Identificar, inscrever e acompanhar crianças no Programa Bolsa Família (PBF); • Atendimento aos agravos prevalentes na infância e na adolescência; • Realização de ações para a Saúde do Escolar (atividades em escolas e creches da área); • Prevenção do uso de drogas; • Promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Fonte: Informações obtidas durante a coleta de informações, Boa Vista-RR, 2015.

Na primeira quarta-feira de cada mês é realizada uma ação coletiva para o grupo de idosos, com o propósito de prevenção e promoção da saúde. A programação segue o seguinte roteiro: triagem, palestra, café da manhã (financiado pelos profissionais da UBS), realização de dinâmica de grupo e consulta de enfermagem e médica. Os temas abordados em cada encontro são sugeridos pelos usuários ou escolhidos pela equipe, levando em consideração o que está em evidência naquele mês, como por exemplo, saúde do homem em novembro e DST em dezembro. Há também a cada três meses, ação coletiva para o grupo de gestantes, seguindo o mesmo modo de organização das ações realizadas para o grupo de idosos. Os trabalhadores da UBS desejam fazer as ações coletivas com mais frequência, mas em decorrência de financiarem os eventos com recursos próprios, tornou-se inviável, já que ficaria muito dispendioso para eles.

2.3 Sujeitos de investigação

A fonte de material empírico da investigação foi uma das equipes de saúde da família que atua na UBS que serviu como cenário para este estudo. A mesma recebeu a denominação de “equipe Y” para que aspectos éticos relacionados à preservação da identidade dos participantes fossem garantidos.

A equipe Y tem seu território de atuação dividido em 6 microáreas, cada uma sob a responsabilidade de um ACS. No período em que as informações foram coletadas havia 761 famílias cadastradas e assim distribuídas: microárea 1: 186 famílias; microárea 2: 157 famílias; microárea 3: 125 famílias; microárea 4: descoberta; microárea 5: 125 famílias e; microárea 6: 167 famílias.

Os integrantes da equipe que aceitaram participar da pesquisa, após ouvirem a pesquisadora fazer a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e dirimir dúvidas, foram um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e um ACS. No quadro 3 são apresentados esses participantes.

Quadro 3 – Sujeitos da pesquisa conforme formação profissional, idade, sexo e tempo de serviço na atenção básica e UBS. Boa Vista, 2016.

SUJEITOS	FORMAÇÃO PROFISSIONAL	IDADE (ANOS)	SEXO*	TEMPO DE SERVIÇO NA ATENÇÃO BÁSICA	TEMPO DE SERVIÇO NA UBS
Entrevistado 1	Médico	35	M	3 anos	2 meses
Entrevistado 2	Enfermeiro	32	M	5 anos	4 meses
Entrevistado 3	Técnico em enfermagem	27	M	2 anos e 4 meses	1 ano e 3 meses
Entrevistado 4	Agente comunitário de saúde	49	M	20 anos	1 ano e 3 meses

Fonte: Informações obtidas durante a coleta de informações, Boa Vista-RR, 2015.

No transcorrer das análises, os excertos dos depoimentos de cada um deles foi sucedido pela identificação de sua categoria profissional.

2.4 Técnicas de investigação

As técnicas de investigação foram definidas com base no objeto e objetivos específicos da pesquisa, o que culminou na escolha da observação participante e da entrevista

semi-estruturada. A observação participante por facultar a pesquisadora percepção de significados, representações, relações, normas, discursos, falas, sistemas de valores, símbolos, condições estruturais, dimensões esperadas e inesperadas do problema que motivou a pesquisa (SERAPIONI, 2000). E a entrevista para aprofundar questões que não poderiam ser contempladas pela observação em decorrência do tempo hábil para o desenvolvimento dessa investigação, e para contemplar questões que necessitavam da fala do participante, a exemplo das relacionadas ao entendimento que eles possuíam acerca do que são necessidades de saúde.

Durante a operacionalização da técnica de observação, foram seguidas as seguintes etapas em campo descritas por Richardson (1999): Aproximação da pesquisadora ao grupo social em estudo, pois era necessário trabalhar com as expectativas das pessoas e destruir alguns bloqueios destas, como a desconfiança e a reticência. Assim, o primeiro contato para a realização da coleta de informações foi realizado pessoalmente pela pesquisadora no mês de outubro de 2015, para que fosse apresentado à direção, a carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) autorizando a realização da pesquisa na UBS, e também os propósitos do estudo. Na mesma ocasião, a diretora apresentou a pesquisadora aos demais trabalhadores da unidade e solicitou que ela discorresse sobre o propósito de suas visitas à estes e como elas ocorreriam. Nesse momento ainda não havia aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e por isso, foi combinado que a próxima visita só ocorreria quando o parecer estivesse nas mãos da pesquisadora.

Coleta de informações, que iniciou em 2 de dezembro de 2015, após a aprovação do CEP da UFRR. A coleta foi operacionalizada a partir da observação da rotina dos profissionais e registro dos achados imediatamente em notas de campo, visto que os acontecimentos posteriores poderiam diluir lembranças. Nessa etapa foi realizado também o levantamento dos informantes-chave⁴, que foram o enfermeiro da equipe Y e a diretora da unidade.

Encerramento do trabalho de campo, que ocorreu em 18 de dezembro de 2015 por conta de a pesquisadora ter feito um prévio investimento teórico-metodológico, articulando eficazmente seu tempo em campo. De toda forma, a sistematização e organização das informações começaram antes de sua saída, para que assim ela pudesse verificar e complementar o processo de pesquisa.

Com relação às entrevistas, o instrumento para coleta de informações foi planejado para obter respostas de questões concretas, mas que permitiam a realização de explorações

⁴Para Nogueira-Martins e Bógus (2004, p. 53) informante-chave “são pessoas que têm um conhecimento particular sobre a situação, que podem ser úteis para ajudar um observador a entender o que está acontecendo.”

não previstas, oferecendo liberdade ao entrevistado para falar a respeito do tema ou abordar aspectos que avaliasse ser relevantes para construção de sua resposta.

O roteiro de entrevista (APENDICE) era constituído de duas etapas: a primeira com informações que permitiram caracterizar os sujeitos da pesquisa; e a segunda com perguntas abertas relacionadas aos objetivos da investigação.

As entrevistas foram realizadas individualmente e ocorreram durante dois dias consecutivos, em ambientes distintos: o consultório médico e o consultório de enfermagem. Cada entrevista teve duração média de 18 minutos, sendo que ao final, foram produzidos 73 minutos e 56 segundos de gravação de áudio para ser analisado.

Posteriormente, foram realizadas as transcrições dos conteúdos, sem alteração dos vocábulos utilizados para não “contaminá-los”. Em seguida, houve a elaboração da síntese do material transcrito, que foi encaminhado ao entrevistado para que este manifestasse se estava de acordo com o texto final, tendo liberdade para alterar o conteúdo, pois a relevância reside em trabalhar informações fidedignas (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Após essas etapas, foram realizadas a descrição e análise, seguidas de interpretação e discussão das informações recolhidas.

2.5 Procedimentos para análise

O método utilizado para analisar os dados qualitativos obtidos a partir da entrevista foi a análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (2009), que consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos manifestos e/ou presentes nas figuras de linguagem, reticências e entrelinhas das mensagens, o que possibilita diferentes modos de conduzir o processo, à depender do tipo de conteúdo que o pesquisador se propõe à examinar (BARDIN, 2009). No caso desta pesquisa, optamos pela análise do conteúdo manifesto, que se restringe ao que é dito, sem buscar os significados ocultos da mensagem.

Pode-se afirmar que a razão de ser da análise de conteúdo está na produção de “inferências” sobre o texto objetivo, que consiste não apenas na produção de suposições subliminares acerca de determinada mensagem, mas também, no embasamento desta com pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e com as situações concretas de seus produtores ou receptores (BARDIN, 2009).

Considerando que a análise de conteúdo constitui uma técnica que trabalha os dados coletados objetivando a identificação do que está sendo dito a respeito de determinado tema,

foi necessária a descodificação, através da análise temática, do que foi comunicado pelos participantes. Para Minayo (2008) esta é a forma que melhor atende à investigação qualitativa do material referente à saúde, uma vez que a noção de tema⁵ refere-se a uma afirmação a respeito de determinado assunto.

As três fases de análise propostas por Bardin (2009) foram operacionalizadas da seguinte maneira:

Na pré-análise foi realizada a atividade de leitura flutuante das entrevistas para que houvesse contato direto e intenso com os relatos das pessoas estudadas, a fim de ultrapassar a sensação inicial de desordem e iniciar a análise do material.

Na etapa de exploração do material o codificamos de forma que os dados brutos fossem transformados sistematicamente e agregados em unidades de significação, as quais permitiram uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo.

E por fim, na fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação apresentamos os resultados obtidos em forma de descrições cursivas acompanhadas de exemplificação de unidades de registro significativas para cada categoria. Cabe salientar que houve um cuidado com o detalhamento do processo da pesquisa como um todo (o planejamento da pesquisa), como também com a adequada exposição dos dados (incluindo a redação), visto que, na busca pela validação e confiabilidade, uma boa redação dos resultados da pesquisa é fundamental.

2.6 Aspectos éticos da pesquisa

Conforme diz Minayo (2013, p. 1104) “A ética não é “algo” que se injeta num projeto já escrito e nem se reduz a procedimentos. Ao contrário, deve fazer parte da sua elaboração e estar contida na tessitura do texto – desde a definição do objeto até a publicação dos resultados”.

Assim, tomados os cuidados acima preconizados, a pesquisadora manteve em campo o movimento de reflexividade, visto que observou a si mesmo e seu comportamento no cenário da investigação, com o intuito de manter uma postura de respeito para com seus interlocutores.

⁵ Segundo Bardin (2009) tema é a unidade de significação que naturalmente emerge de um texto analisado, respeitando os critérios relativos à teoria que serve de guia para esta leitura. Sendo assim a análise de conteúdo temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (BARDIN, 2009; MINAYO, 2008).

Na elaboração dos resultados, os interlocutores e a instituição que serviu de cenário para o estudo receberam nomes fictícios em razão de que pesquisas qualitativas podem beneficiar os envolvidos ou prejudicá-los (MINAYO, 2013).

As exigências do comitê de ética foram atendidas e em razão disso, o projeto foi devidamente aprovado sob o número de parecer 1.323.367.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados da pesquisa e discussão com base no referencial teórico adotado e nos autores que estudam o objeto de que trata a investigação, bem como questões correlatas ao tema. As categorias que foram construídas são apriorísticas, visto que foram pré-definidas conforme a experiência e interesses da pesquisadora.

Considerando que as necessidades de saúde devem orientar todas as etapas do processo de trabalho, iniciaremos a discussão dos resultados apresentando o entendimento que os profissionais da equipe possuíam acerca do que são necessidades de saúde.

3.1 Necessidades de saúde e consumo de serviços de assistência à doença

Nesta categoria a unidade de análise selecionada foi a palavra “doença”, que foi escolhida em razão de uma conjunção de interdependência entre os objetivos da pesquisa, o aporte teórico e as próprias “teorias” pessoais intuitivas da pesquisadora. Dessa forma, a partir do conteúdo manifesto (explícito) do texto codificado, foi interpretado que as práticas de saúde e assistenciais de três membros da equipe (agente comunitário de saúde, técnico em enfermagem e enfermeiro) eram orientadas predominantemente pela racionalidade biomédica, pois o recorte das necessidades de saúde era realizado a partir das alterações ou perturbações que acometem o corpo físico, que eles chamaram de “problemas”, ou seja, o discurso da doença monopolizava os repertórios disponíveis para o enunciado dos juízos acerca da saúde dos usuários (MENDES-GONÇALVES, 1992). Assim, os relatos exprimiram como núcleo de sentido **a vinculação das necessidades de saúde à doenças e agravos instalados.**

*Necessidade de saúde é uma coisa que, para mim, no meu entender, eu acho que é uma situação que alguém deve proporcionar a saúde, ou então ele mesmo deve proporcionar-la para si para não ter nenhum problema de saúde...ou ficar doente por alguma **doença né!** Ele deve procurar um meio, seja fazendo exercícios, tomando remédios e...eu vejo dessa forma. (Técnico em enfermagem).*

*Eu vejo dessa forma, se o usuário tem uma **doença** vai tentar resolver né! se ele tem um problema, lógico que ele tem que encontrar uma solução para esse problema, e se ele necessita, é uma necessidade de saúde. Alguém vai ir levar essa informação na unidade de saúde, ou ele busca alguém para poder chegar essa informação aqui. Se eu tenho algo, eu vou tentar solucionar logo, eu preciso, necessito. Eu preciso*

encontrar alguém, que me ajude a chegar até aquele problema lá, que não seja eu, mas que seja uma terceira pessoa, uma segunda pessoa. (Agente comunitário de saúde).

*Eu vejo assim, que os termos necessidades de saúde e problemas de saúde, eles de uma certa forma estão interligados. Eu acredito que o ministério da saúde apenas melhorou a palavra, melhorou a frase de problemas de saúde para necessidades de saúde, porque hoje é assim, um direito do paciente a saúde, o direito ao serviço, ao atendimento de qualidade, humanizado, o atendimento integral [...]. **Então necessidades de saúde seria todo aquele paciente que tá debilitado, que ele tá com alguma doença...e precisa de intervenção. (Enfermeiro).***

Os excertos do técnico em enfermagem e do agente comunitário de saúde apontam que para esses profissionais, os usuários buscam por um ato que lhes permita restituir sua “autonomia” no seu modo de andar a vida, tal como aponta Merhy (2014) ao dizer que no interior do processo de trabalho o usuário busca a realização de um produto/finalidade, como por exemplo, a saúde, pois ela representa algo útil que lhe permite estar no mundo e poder vivê-lo de modo autodeterminado, e dentro do seu universo de representações do que isso possa significar.

O relato do enfermeiro aponta para a idéia de saúde como um direito do usuário, associado ao sentido de respeito à cidadania, ao ser pressuposta existência de serviço com atendimento de qualidade e humanizado. Entretanto, ele entende necessidades de saúde como sinônimo de problemas de saúde, para os quais são requeridos consumo de serviços de assistência à doença que possam impactar e qualificar seu modo de andar na vida (MERHY, 2014). Do ponto de vista da análise dessa investigação, tal fato implica na transformação da rede básica em uma verdadeira triagem dos problemas de saúde a partir do eixo “queixa/procedimento”, descaracterizando a dimensão coletiva do processo saúde-doença e realizando, em nome da unificação das ações de saúde, uma “deslavada” medicalização, que pode ser entendida como a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial e seu consumo cada vez mais intensivo (BARROS, 2002).

Sobre esse último aspecto, a medicalização, Tesser, Neto e Campos, G. (2010) entendem que ela consiste em um processo sócio-cultural complexo onde as vivências, os sofrimentos e as dores que antes eram administrados no próprio ambiente familiar e comunitário, envolvendo interpretações e técnicas de cuidado autóctones, são transformados

em necessidades médicas que requerem a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, às vezes desnecessários e muitas vezes até danosos aos usuários, que desvalorizam a abordagem do modo de vida e os fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença.

Sobre os equívocos no entendimento de necessidades de saúde, Merhy (2001) menciona que estes podem ser corrigidos pela politização do debate acerca do tema, instigando os sujeitos envolvidos com a implantação do SUS a serem sujeitos reflexivos, e não sujeitos da adesão pura e simples das políticas de saúde. Para isso, Campos, G. (2000) propõe que todas as políticas, projetos, programas, modelos, práticas sociais e produtos na área da saúde sejam examinados com criticidade, considerando-os meros meios para atender as necessidades sociais, para que assim os seus sentidos e significados possam ser corrigidos. Assim, os profissionais deveriam repetir sempre as perguntas: que valores de uso estão sendo produzidos em tal e qual processo de trabalho? A que necessidades atendem?

Mais adiante, em outro depoimento, a vinculação das necessidades de saúde à doenças e agravos instalados pode ser identificada pela capacidade intuitiva da pesquisadora, uma vez que o conteúdo era latente (implícito), requerendo que fossem levados em consideração o contexto social e histórico nos quais o conteúdo foi produzido, ou seja, que o modelo de atenção à saúde no Brasil tem sido historicamente marcado pela predominância da assistência médica curativa e individual (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005):

Necessidades de saúde é a identificação do que os pacientes precisam a partir do mapeamento das microáreas. Por exemplo, os agentes de saúde fazem o cadastramento das famílias e vêem quantas tem portadores de doenças crônicas, alguém que tenha câncer, alguém acamado, pacientes que tenham alguma necessidade, principalmente precisando de visitas domiciliares. Vêem também se na microárea há idosos, gestantes, crianças que tenham até 7 dias de vida e os pacientes vítimas de traumatismo que ficaram acamados e que precisam de alguma visita. Ai a partir disso, agente faz ações mensais para renovação de receitas de pacientes hipertensos, diabéticos e pacientes com doenças crônicas que fazem uso de medicação de maneira continua.

A partir desse excerto interpretou-se que a prática do profissional médico estava centrada em consultas médicas individuais e no desenvolvimento de projeto terapêutico pautado no ato prescritivo, o que para Merhy (2014) constitui uma das principais implicações do atual modelo médico hegemônico à medida que reduz a dimensão cuidadora à problemas

específicos, subordinando-a claramente à um papel irrelevante e complementar. O autor afirma ainda que neste modelo assistencial a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde são subjugadas a esta lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido.

Sobre predominância da racionalidade biomédica durante a execução das práticas de saúde, Feuerwerker (2005) explica que isso acontece porque em seu processo de constituição, o SUS herdou um conjunto de serviços – hospitais, ambulatorios e unidades básicas – que operavam sob esses preceitos e funcionavam em estreita relação com os serviços privados conveniados por meio da compra de serviços de internação, laboratoriais e de diagnóstico. A autora acrescenta que são eles que orientam a formação dos profissionais de saúde e estão presentes na cabeça dos trabalhadores do SUS, interferindo a todo o momento na possibilidade de consolidação desse sistema.

Os relatos, portanto, evidenciam que os profissionais entrevistados tomam como objeto de trabalho primordialmente a doença e os agravos da clientela adscrita, pertencente ao território de abrangência da UBS, o que permite inferir que os achados dessa investigação corroboram com os de Campos e Bataiero (2007, p. 611), em estudo que tinha o propósito de levantar e analisar artigos cuja centralidade fosse necessidades de saúde, onde os resultados da análise que eles empreenderam indicaram que:

[...] a tendência dos serviços de saúde continua sendo a de tomar necessidade de saúde bastante identificada com a doença, apreendida como expressão biológica ou, no máximo, como expressão biopsíquica no corpo individual de um sujeito abstrato.

Campos, G. (2000) ao defender que a saúde seria a finalidade, o produto do processo de trabalho, contrapõe-se as idéias que sugerem a reformulação do paradigma biomédico mediante um deslocamento do objeto de intervenção dos sistemas de saúde, que é a doença ou situações que a potencializem, para se operar com a saúde ser a doença, visto que isso pareceria ser um contra-senso à sua perspectiva teórica, que é a de construção de uma única teoria sobre a produção de saúde ou processo saúde/enfermidade/intervenção para todas as práticas sanitárias, fazendo uso diversificado de distintos saberes. Dessa maneira, toda prática sanitária, em alguma medida, “seria levada a oferecer algum valor de uso, no caso, algum coeficiente de bem-estar, ainda que junto se produzam também iatrogenia e controle social” (CAMPOS, G., 2000, p. 227), tendo em vista que nenhum bem ou serviço pode desvincular-se completamente da obrigação de atender às necessidades sociais, apenas variar em grau de qualidade com que são oferecidos.

Sobre esse aspecto Cecílio (2009) considera que as necessidades de saúde apresentam uma singular potencialidade para ajudar os trabalhadores, equipes, serviços e rede de serviços a fazer uma melhor escuta das pessoas que buscam “cuidados em saúde”, tomando suas necessidades como centro de suas intervenções e práticas. Porém, a exemplo do que constatou-se nessa investigação ao perceber a dificuldade dos entrevistados em definir necessidades de saúde, o autor afirmou que o grande desafio é conseguir uma conceituação de necessidades de saúde que possa ser apropriada e implementada pelos trabalhadores de saúde nos seus cotidianos, visando a uma atenção mais humanizada e qualificada.

3.2 O processo de trabalho da equipe ao acolher a demanda espontânea na UBS

Nesta categoria a unidade de análise selecionada foi a palavra “acolhimento à demanda espontânea” em decorrência de ter sido preconizada pelo Ministério da Saúde no caderno de acolhimento à demanda espontânea (BRASIL, 2013) como preceito da (re)organização do processo de trabalho das equipes de saúde na atenção básica porque assim como a ciência e os profissionais da saúde definem o termo “necessidades de saúde”, o usuário também o faz com formas e graus variados, podendo apresentá-lo enquanto demanda ao serviço de saúde que precisa ser acolhida, escutada, problematizada e reconhecida como legítima, sob pena de que se isso não ocorrer sejam produzidos ruídos que se materializam em queixas, reclamações, retornos repetidos, busca por outros serviços e perda da legitimidade (para os casos de usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas e não são acolhidos no momento da agudização de seu quadro clínico).

Assim, nas próximas linhas serão discutidas as observações e relatos referentes a maneira como a equipe Y se organiza para atender a demanda espontânea, ou seja, quem recebe o usuário que chega; como é avaliado o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que é feito de imediato; quando ele é encaminhado para um serviço de referência; quando é feito agendamento de uma consulta médica; e como é organizada a agenda dos profissionais. Mas antes, vejamos quais os serviços que cada profissional da equipe realiza.

O médico realiza o atendimento clínico individual proveniente de consultas agendadas ou demanda espontânea; realiza visita domiciliar uma vez por semana ou em caso de urgências, no dia seguinte ao da identificação do caso; e faz atendimento dos grupos populacionais previstos nas ações programáticas.

O enfermeiro é o responsável pelo planejamento, coordenação e controle das atividades dos ACS; participa do planejamento e execução das atividades coletivas de

promoção da saúde, que envolvem realização de ações trimestrais e mensais para os grupos de mulheres e idosos do território de abrangência, respectivamente e, atividades nas escolas da área de abrangência; realiza visita domiciliar uma vez por semana; realiza consulta de enfermagem no pré-natal, puerpério e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; realiza coleta de material para o exame de papanicolau; e realiza os testes rápidos disponíveis na UBS.

O técnico em enfermagem participa das atividades de atenção realizando procedimentos de administração de medicamentos injetáveis, curativos, entrega de anticoncepcional e orientação de uso, e, quando indicado ou necessário, presta assistência no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.). Em dias de ação coletiva, realiza triagem dos usuários, verificando pressão arterial e glicemia.

E por fim, o serviço dos ACS, que consiste na realização do cadastramento das famílias e realização de oito visitas domiciliares diariamente, com cobertura da área inteira preferencialmente em um mês. Em decorrência dos ACS não disporem de veículo automotivo, as visitas são executadas à pé. Há uma flexibilidade para organização destas, de modo que o agente pode realizá-las em apenas um turno, reservando o segundo para atividades administrativas como organização de prontuários e atualização de cadastros. Em dias de visita domiciliar do médico e do enfermeiro, o ACS responsável pela área os acompanha para apontar a residência e os auxiliar no que for preciso.

3.2.1 Chegada do usuário na unidade

Quando o usuário da demanda espontânea chega à UBS ele é recebido na recepção por um dos assistentes administrativos que o interroga acerca do motivo da ida à UBS.

Assistente: - A senhora tem atividade agendada?

Usuária: - Não, vim aqui atrás de uma consulta para minha menina.

Assistente: - Quantos anos ela tem?

Usuária: - 6.

Assistente: - O que ela tem?

Usuária: - Faz 3 dias que ela tá com dor de barriga e não quer comer.

Assistente: - Ela tá aí?

Usuária: - sim

Assistente: - eu vou tentar encaixar ela na agenda do médico de hoje, porque o atendimento de crianças é só na sexta-feira. (Obs.1)

Esse diálogo ocorreu no balcão da recepção onde outras pessoas podiam ouvir o que era falado, revelando fragilidades e inconsistências que comprometiam a construção das ações à medida que expunham a usuária e não a deixavam “à vontade” para discorrer sobre outros dados que poderiam ser relevantes na identificação do que ela precisava. Somados à isso, a não realização do acolhimento por parte dos profissionais da equipe de ESF comprometia o reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, já que os assistentes administrativos não possuíam a competência técnica e o saber/fazer necessários para acolher em serviços de saúde. Prova disso é que mesmo sem a usuária verbalizar que desejava consulta com o médico, o assistente deduziu que se tratava disso, deixando os outros profissionais subestimados no processo de trabalho, com os seus potenciais para a assistência oprimidos, e reduzindo a oferta de serviços.

Para Tesser, Neto e Campos, G. (2010) a pressão da demanda espontânea tende, em geral, a acabar em atendimento médico porque é dele a maior responsabilidade de diagnose e terapêutica, já que sua clínica é mais ampla do que o de outros profissionais de saúde, ainda que a escuta, a avaliação de risco/vulnerabilidade, a orientação, a resolução de problemas e o cuidado façam parte do “campo de competência” de todos os profissionais.

Embora no caderno de acolhimento à demanda espontânea (BRASIL, 2013) não tenha sido encontrada uma proposta operacional de como deva ser o acolhimento, é frisado que não é suficiente ter uma “sala de acolhimento”, bem como restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção (ou a qualquer trabalhador isoladamente), pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar à medida que consiste em prática “presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”).” (BRASIL, 2013, p. 19). Assim, alguns profissionais mostraram de forma clara em seus depoimentos que qualquer pessoa pode realizar o acolhimento do usuário:

Eu vejo assim, que nós já realizamos o acolhimento, porque acolhimento é tudo isso, é você perguntar o que a pessoa deseja, é dá uma informação, é tratar com cortesia, e isso qualquer um pode fazer. (Enfermeiro).

Bom, eu acho que o acolhimento é você receber bem a pessoa. (Agente comunitário de saúde).

Essa concepção é condizente com a proposta do caderno de acolhimento à demanda espontânea (BRASIL, 2013), mas não tem potencial para modificar radicalmente o processo de trabalho na UBS. É preciso que os trabalhadores da saúde, de forma geral, entendam que a principal mudança se dá sobre os profissionais da saúde não-médicos que fazem a assistência, pois quando eles realizam o acolhimento passam a ser o centro da atividade no atendimento aos usuários, usando todo seu arsenal tecnológico para a assistência, na escuta e solução de problemas de saúde trazidos pela população, avaliando riscos e vulnerabilidades, elegendo prioridades, captando necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais que precisam ser consideradas. Se agissem assim, isso permitiria, em tese, hierarquizar as necessidades quanto ao tempo do cuidado (diferenciar as mais prementes de menos prementes); distinguir entre necessidades desiguais e tratá-las conforme suas características (TESSER; NETO; CAMPOS, G., 2010).

Outro profissional entendia o acolhimento como uma ferramenta a ser utilizada na definição de critérios de quais usuários deveriam ser atendidos primeiro e que tipo de atendimento cada caso requeria, ou seja, o acolhimento seria uma etapa do processo de trabalho que teria como objetivo atender à demanda espontânea para aumentar o acesso:

Então o acolhimento, a existência de uma equipe capacitada só para acolher a população e dividir as consultas durante a semana e ver quem precisa da consulta no dia, quem precisa de atendimento imediato, quem é prioridade ou quem deseja só entregar um exame, acaba com a lógica de ambulatório, de quem chegar primeiro vai marcando, marcando, marcando, resultando em falta de vagas para os pacientes que realmente precisam mais. (Médico).

Trata-se de uma visão de acolhimento coerente com os preceitos do modelo biomédico, que como foi exposto na categoria anterior, era predominante na orientação do recorte das necessidades de saúde dos usuários e tinha relação com os tipos de tecnologias da saúde que eram priorizadas ou negligenciadas durante o ato de acolher.

Embora o médico dê a entender que deseja mudança, que deseja sair da lógica do atendimento ambulatorial, sabemos que isso não é uma tarefa fácil, pois o padrão dominante, em que a organização estatal e a instituição médica tendem a produzir uma relação ritualizada, enrijecida e burocratizada com os usuários, é tão forte que ele não consegue vislumbrar na implementação de tecnologia leve uma possível solução para a melhora do serviço. Nesse enquadramento a atividade profissional costuma resumir-se a programas, protocolos e

procedimentos padrão como “consulta”. Trata-se de um modelo típico brasileiro, que como diz Tesser, Neto e Campos, G. (2010):

[...] pode ser descrito como de uma “repartição” ou “ambulatório” em que o usuário chega como a uma prefeitura ou outro órgão público: há horários rígidos, comumente comerciais, com guichês onde funcionários administrativos (recepcionistas ou similares) fazem uma “recepção”. Há um “cardápio” de serviços organizados em forma de agenda, centrada em consultas médicas e, quando muito, de enfermagem (além de outros serviços como vacinações, curativos etc.). O número de vagas na agenda é limitado e elas são preenchidas por ordem de chegada, em geral. Acabadas as vagas, acabou o acesso ao cuidado. Uma mistura de lógica de consultório médico privado dentro de/e sinérgica com uma repartição pública.

A crítica a essa situação fez com que vários pesquisadores da saúde coletiva elaborassem propostas buscando superá-la; eis que surgiu a proposta do Acolhimento no seu aspecto institucional, almejando dar viabilidade organizacional à missão ética e à ambição política de concretizar a universalidade e equidade na interação dos serviços com os usuários. Nessa proposta, em vez de serviços apenas centrados em agendas e procedimentos (consultas) ou em ações programadas para agravos e doenças epidemiologicamente relevantes, deve haver serviços estruturados para trabalhar a partir de problemas reais dos usuários sob sua responsabilidade personalizada, sem deixar de fazer ações programadas e vigilância.

No entanto, exemplos como as falas do enfermeiro, do médico, do agente comunitário de saúde e da observação do assistente administrativo nos fazem refletir que um dos grandes desafios impostos aos trabalhadores, às instituições e à sociedade é encontrar um modo de gerir e operar processos de trabalho que levem em conta a prática do acolhimento como um dispositivo que interroge os processos intercessores (MERHY, 1997) que constroem relações clínicas das práticas de saúde e que permita escutar os ruídos do modo como o trabalho vivo está sendo capturado em cada modelo tecno-assistencial. Além disso, é necessário que o acolhimento também seja capaz de expor a rede de petição e compromisso que há entre etapas de certas linhas de produção constituídas em certos estabelecimentos de saúde, interrogando centralmente as relações de acessibilidade. Tudo isso para que conforme Franco et al (1999) propuseram, no acolhimento todas as pessoas que procuram os serviços de saúde sejam atendidas, garantindo a acessibilidade universal; reorganização do processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e qualificação da relação trabalhador/usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

3.2.2 Avaliação do risco e vulnerabilidade do usuário e intervenções realizadas

Ao falarmos de avaliação de risco e vulnerabilidades na atenção básica nos reportamos automaticamente ao princípio doutrinário do SUS equidade, que diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade (TEIXEIRA, 2011). Trata-se também de tratar cada usuário conforme suas necessidades a fim de evitar atendimentos injustos por não considerar que cada caso tem suas especificidades.

Avaliar o risco e a vulnerabilidade dos usuários significa reunir subsídios para orientar o tipo de intervenção mais adequada e a oferta de cuidados em conformidade com o tempo para tal atuação (BRASIL, 2013). Para tanto, o momento do acolhimento se apresenta como espaço privilegiado de interação entre equipe de saúde e usuário para que sejam realizadas as associações entre riscos biológicos às vulnerabilidades sociais a fim de mobilizar as ofertas adequadas. Mas como realizar isso no cotidiano dos serviços aonde muitas pessoas chegam ao mesmo tempo com necessidades distintas?

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) recomenda como estratégia para garantia de acesso com equidade a adoção da avaliação/estratificação de risco como ferramenta que possibilita identificar as diferentes gradações de risco e situações de maior urgência para proceder com o estabelecimento de prioridades no atendimento. Nessa concepção a estratificação de risco não orienta apenas o tipo de intervenção ou oferta de cuidado, mas também o tempo em que isso deverá ocorrer, implicando na classificação das intervenções em dois amplos grupos: não agudo, destinado às intervenções programadas; e agudo, destinado às pessoas que necessitam de atendimento imediato, prioritário ou no mesmo dia.

Na UBS onde ocorreu essa investigação foi observada ocorrência de uma “pseudo” classificação de risco no serviço de recepção, realizado por um assistente administrativo que discernia entre um caso agudo e não agudo baseando-se no estado aparente do usuário.

Assistente: - O quê que o senhor tá sentindo agora?

Usuário: - Eu acordei me sentindo mal, com uma dor aqui (apontando para o esterno).

Assistente: - Hum. Sei. Mas ainda tá doendo?

Usuário: - Sim, por isso que vim aqui, porque ta me incomodando, ta me dando falta de ar.

Assistente: - Ah, às vezes é gases, eu tenho muito isso.

Usuário: - Não sei moça, se não tivesse ruim nem tinha vindo aqui. Nem fui trabalhar por causa disso.

Assistente: - Tá! Vamos ver! se faltar alguém eu encaixo o senhor, porque as vagas da demanda espontânea já acabaram.

Usuário: Poxa moça, não tem como me atender logo?

Assistente: - Infelizmente não senhor. As vagas são distribuídas por ordem de chegada. A única coisa que eu posso fazer é esperar para ver se vai faltar alguém, e se não der, lhe orientar para chegar mais cedo amanhã, pois são só três vagas com o médico em cada turno (Obs. 2).

Nessa etapa do processo de trabalho o assistente teria que tomar uma decisão: a de entender e perceber se o que o usuário trazia como problema de saúde era objeto de intervenção assistencial ou não por parte dos profissionais da ESF naquele momento.

Tratava-se de uma decisão clínica que deveria ser baseada em uma anamnese dirigida para a queixa, com o intuito de identificar quais os procedimentos o caso requeria: se encaminhamento para outro tipo de serviço, como um pronto-socorro; ou se para uma consulta médica imediata, mediata ou para um outro dia, conforme disponibilidade na agenda.

Esse exemplo retratou ainda duas situações que eram recorrentes na UBS: 1) a assistente se reportar ao médico para definir a necessidade de consulta ou não do usuário, apesar do enfermeiro estar presente na unidade, diminuindo o “cardápio de ofertas” e obrigando o usuário, como o do exemplo da observação 2, a esperar correndo o risco do quadro se agravar; e 2) as ações de encaminhamento não relacionarem o perfil epidemiológico para o desenvolvimento de ações coletivas que pudessem impactar nas demandas individuais por saúde.

No entanto o médico entrevistado sentia necessidade de desafogar das atividades, vislumbrando num acolhimento realizado pelo técnico em enfermagem ou enfermeiro, a possibilidade de concretização disso, conforme se percebe em sua fala:

Para atender a demanda espontânea, aqueles pacientes que chegam na unidade fora do horário de marcação de consultas, um técnico de enfermagem, ou um enfermeiro poderiam fazer o acolhimento. Veriam a temperatura, fariam a triagem, se naquele dia o paciente precisa de atendimento imediato ou se ele pode marcar a consulta para o outro dia, podendo discutir com a gente também o caso né! Eles fariam uma classificação de risco né! Já tem uns protocolos ai que foram feitos nesse sentido em outras unidades em Boa Vista... que já foram testados, que deram certo em alguns aspectos, mas em outros não deram tão certo. (Médico).

A leitura repetida desta fala do médico me fez remeter à Moraes (2008) ao afirmar que em que pese a importância da subjetividade individual no processo de decisão, nenhum profissional consegue isoladamente arcar com a complexidade do atendimento das necessidades de saúde dos usuários, recorrendo à discussão em equipe. Nesse sentido, o médico sinalizou dizendo que o enfermeiro ou técnico em enfermagem poderiam consultá-lo para discutir o caso, demonstrando atitude de que reconhece que em algumas situações o tato, a competência técnica, o bom senso e a sensibilidade não são suficientes para avaliar o risco e a vulnerabilidade, requerendo que a equipe discuta, troque conhecimentos e pactue critérios e sinais que sirvam de subsídios para a classificação do risco, bem como para o entendimento da vulnerabilidade.

Assim, se na UBS for implementada a proposta de acolhimento com os profissionais da saúde participando ativamente, estes terão um certo autogoverno no trabalho vivo em ato, a partir do seu projeto pensado, tendo autonomia para decidir coisas, especialmente no encontro com o usuário. E embora no período de coleta de informações não fossem eles quem realizasse o acolhimento do usuário, não se pode negar o caráter multiprofissional do processo de trabalho investigado, haja visto que cada membro desempenhava um rol de atividades e funções que respeitavam os conhecimentos e ações de exclusiva competência de cada profissão ou especialidade.

3.2.3 Organização das agendas de atendimento individual

Acolher a demanda espontânea é um processo que requer mudanças no modo de realizar o atendimento individual para além da inclusão do “atendimento de casos agudos do dia”. Implica em se garantir a retaguarda para o acolhimento, bem como a continuidade do cuidado (programático ou não). E para isso, a agenda dos profissionais se torna um elemento chave que deve ser baseado em uma metodologia consistente de planejamento e gestão que contemple diferentes situações.

Na UBS onde foi realizada esta investigação a agenda do médico e do enfermeiro não é baseada no exposto acima, nem tão pouco contempla diferentes situações, mas sim é baseada na Portaria nº 355/2014 – SMSA/PMBV, que regulamenta a organização da atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Boa Vista – RR e dá outras providências.

Dessa forma, o cronograma semanal de atendimento das equipes da ESF deve ocorrer da seguinte maneira:

Conter oito períodos ambulatoriais de todos os profissionais; ter semana padrão organizada conforme os grupos prioritários do Ministério da Saúde, priorizando-se as necessidades da comunidade; atendimento ambulatorial com o médico atendendo 16 usuários, intercalando emergências quando necessário, e enfermeiro atendendo 12 usuários por período. Nas consultas de pré-natal, médico e enfermeiro devem realizar seis consultas de pré-natal de gestação de baixo risco por turno, e caso o atendimento seja finalizado antes do término do horário de expediente, o profissional deve preencher o horário vago atendendo a demanda espontânea. O enfermeiro deve realizar coleta de preventivo em dois períodos, atendendo 12 usuárias em cada um deles. O Médico deverá reservar semanalmente um período fixo para visita domiciliar (visitar no mínimo quatro famílias), e o enfermeiro deve reservar dois períodos semanais para visitas domiciliares (no mínimo visitar seis famílias).

Após reunião, os profissionais da UBS decidiram construir sua rotina de atendimento da seguinte forma: na agenda do médico (quadro 4) em qualquer que fosse o serviço, exceto visita domiciliar, em cada turno são disponibilizadas 10 vagas para consulta, sendo oito para agenda programada e duas para agenda de atendimentos agudos. A visita domiciliar é feita à apenas quatro famílias que estejam com algum integrante impossibilitado por questões de doença de se dirigir à UBS. As terças, quintas e sextas-feiras a tarde não há atendimento médico porque o profissional é liberado nos dois primeiros dias para fazer sua especialização em saúde da família e na sexta-feira, para realizar suas ações como membro do Programa de Ensino Tutorial (PET) da UFRR.

Quadro 4 – Agenda semanal do médico. Boa Vista, 2015.

TURNO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ	Atendimento geral	Atendimento geral	Atendimento aos idosos e cadastrados no Hiperdia*	Visita domiciliar	Consulta de crianças e adolescentes
TARDE	Consulta de recém-nascido	Liberado para Especialização	Consulta de Pré-natal	Liberado para Especialização	Tutoria PET-UFRR

Fonte: Informações obtidas durante a coleta de informações, Boa Vista-RR, 2015.

* Sistema destinado ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados.

O atendimento do enfermeiro funciona da seguinte forma: nos dias de pré-natal são atendidas no mínimo seis gestantes em cada turno, cinco de agenda programada e uma

demanda espontânea; no dia de coleta de material para realização de preventivo, ele atende 20 usuárias, todas da agenda programada, dez em cada turno. Os serviços de teste rápido e de atendimento geral são integralmente destinados à demanda espontânea, todavia, este último é realizado apenas no período de 14:00 às 15:00 horas em virtude de que após esse período há reunião semanal da equipe. No dia de visita domiciliar o enfermeiro visita quatro famílias pela manhã e quatro à tarde, todas eleitas pelo agente comunitário. No turno de puericultura ele atende seis usuárias, cinco da agenda programada e uma da demanda espontânea, e no turno do PLAFAM atende demanda espontânea.

Quadro 5 – Agenda semanal do enfermeiro. Boa Vista, 2015.

TURNO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ	Consulta de Pré-natal	Teste rápido	Visita domiciliar	Preventivo	Consulta de recém-nascidos e crianças
TARDE	Consulta de Pré-natal	Atendimento geral e reunião	Visita domiciliar	Preventivo	PLAFAM

Fonte: Informações obtidas durante a coleta de informações, Boa Vista-RR, 2015.

A agenda programada para grupos específicos é prevista nas ações programáticas, cuja periodicidade de acompanhamento se pauta na avaliação de risco e vulnerabilidade. As pessoas desses grupos não devem “disputar” as vagas no acolhimento, pois já saíam de uma consulta com a marcação de seu retorno, com hora e data definidas, inclusive intercalando, por exemplo, as consultas médicas com as de enfermagem.

A agenda de atendimentos agudos é destinada às pessoas identificadas a partir do acolhimento da demanda espontânea, que estando ou não inseridos em acompanhamento programado, devem ser atendidos; e também aos usuários que entram no serviço pelo acolhimento da demanda espontânea, mas que não fazem parte de ações programáticas e precisam de atenção para ser reavaliados quanto à resposta dada ao tratamento proposto.

Todavia, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) recomenda que não seja mantida uma programação estanque de consultas segundo categorias ou grupos, pois estas podem variar a depender das outras ofertas de cuidado e de mudanças na situação epidemiológica. Mas o que se observa na unidade é a burocratização do serviço, pois se uma gestante que não estiver apresentando intercorrência for buscar atendimento em um dia que não seja o destinado para consulta de pré-natal, ela não será atendida.

Assistente: - Bom dia!

Gestante: - Bom dia!

Assistente: - em que posso ajudar?

Gestante: - É que perdi minha consulta de pré-natal porque tava me sentindo indisposta pra vim aqui. Aí vim ver se dá para me atender hoje?

Assistente: - infelizmente não porque hoje é o dia de visita domiciliar do médico.

Agora só na próxima quarta. (Obs. 3)

Reservar consultas para gestantes não necessariamente deveria significar que elas só seriam atendidas em determinado dia ou turno, pois isso pode burocratizar o serviço e diminuir o acesso. Os profissionais da equipe de saúde e demais funcionários da UBS devem entender que planejamento e organização da agenda são importantes, assim como também diminuir o tempo de espera para atendimento individual, pois quanto maior o tempo de espera, maior a chance de os usuários buscarem outros meios de resolver os seus problemas, e maiores costumam ser as taxas de absenteísmo dos pacientes agendados.

Nesse sentido, corroboramos com Tesser, Neto e Campos, G. (2010) ao afirmarem que a introdução da lógica epidemiológica no contexto da organização do dia a dia, proposta pela “programação em saúde” e pela “Vigilância à Saúde”, não facilitam o acesso aos usuários ao introduzirem critérios epidemiológicos para priorização de ações de vigilância, prevenção, tratamento e controle de doenças, criando grupos prioritários, reservas de vaga e direcionamentos de agenda, que acabam convergindo para a desvalorização da demanda espontânea e reforçando a rigidez das agendas na prática, ainda quando isso não fosse buscado.

Sobre isso, Campos, G. (2000) e Merhy (1997) já advertiam que o saber epidemiológico não deve ser tomado como único potente para definição de necessidades, prioridades e problemas de saúde, mas deve sim ser articulado com as necessidades sentidas, expressas em demanda cotidiana aos serviços de saúde e por meio da participação social na gestão do SUS.

Merhy e Franco (2005) afirmam que isso ocorre na ESF porque sua base de conhecimentos acerca das necessidades de saúde foi construída sob o saber da epidemiologia, que embora seja importante para instrumentalizar suas ações, não incorpora os determinantes sociais do processo saúde-doença em uma perspectiva de atenção integral às necessidades da população, mas sim a possibilidade de ocorrência avaliada na condição de uma probabilidade, o que não tem tido potência para inverter a lógica de produção dos serviços de saúde, dado a complexidade do mundo das necessidades de saúde, que como tal, requer que muitos outros

saberes devam ser chamados, a exemplo da clínica, que com seu método próprio de intervenção sobre o corpo, singular por excelência, aparece como o campo de conhecimento competente para atender certas necessidades de assistência.

Somados, a isso, os autores (MERHY; FRANCO, 2002; FRANCO; MERHY, 2003) argumentam que apesar de o Ministério da Saúde ter atribuído à ESF a condição de estratégia responsável pela transformação do modelo assistencial privatista no da atenção ambulatorial, caracterizada pela atenção programática e à demanda espontânea, a ESF não logrou êxito na desejada conversão porque tem sido inviabilizada principalmente, pelos reais propósitos do governo, que é o de reduzir os custos com o setor saúde e simplificar a atenção ofertada aos grupos de baixa renda, tal como a política neoliberal propõe.

Todavia, é importante que se reconheça que tal como apontam Campos e Mishima (2005), a atenção à saúde deveria estar pautada numa leitura de necessidades de saúde que incorporasse as formas como os sujeitos se reproduzem socialmente, pois elas são decorrentes das formas como os grupos se inserem na reprodução social. Esses autores acrescentam ainda que do ponto de vista da saúde coletiva, para que as necessidades de saúde dos usuários possam ser satisfeitas, é imperioso que o conceito da determinação social do processo saúde-doença seja tomado para instaurar processos de trabalho que respondam por elas no âmbito das raízes dos problemas, do determinante, e também no dos resultados, encaminhando a política pública de saúde na direção do direito universal (CAMPOS; MISHIMA, 2005). Mas se assim o for como apontaram Campos e Michima (2005) neste último parágrafo, por que os participantes dessa investigação embora tenham um entendimento de saúde e doença que contemple a determinação social do processo de saúde-doença (como é mostrado abaixo), ainda tem suas ações pautadas no modelo biomédico?

Saúde não é um dado numérico né! Tem que ser um bem-estar completo, não só um bem-estar físico. Então é como o conceito da organização mundial de saúde, um bem-estar físico, social, mental e financeiro e... todos os aspectos tem que estar bem, não só ausência de enfermidades. Então o conceito de saúde é bem amplo e complexo mesmo. E assim, dificilmente vai ter uma pessoa saudável 100%, ela vai sempre ter que ter algum problema emocional ou social, ou financeiro, e isso daí não vai torna-la muito saudável. E doença é tudo aquilo vai tornar a pessoa fora desse complexo de fatores que seria isso que eu acabei de falar né! Então algo que interfira na vida da pessoa, não seja só sintoma físico, mas também psicológico ou algum distúrbio social, pois não é só um sinal físico e o cliente pode mensurar e detectar. (Médico).

Saúde é o que te faz sentir bem-estar, e a doença é a falta de saúde na vida da pessoa. (Agente comunitário de saúde).

Para mim saúde é a pessoa se sentir bem, o estado físico, mental, social, né! e já doença, já começa numa parte que falha umas dessas situações; faltou alguma ela já começa ficar doente, com falta de saúde, eu vejo dessa forma. (Técnico em enfermagem).

Saúde, no meu entendimento, não é ausência de doença, mas a maioria das pessoas pensam dessa forma, até o paciente, pois quando os visitamos e perguntamos ta bem de saúde? Eles respondem: ta bem, não tenho nada! Então para ele tá com saúde. E muitas vezes ele está com outros problemas que ele não considera como doença, mas que tão causando um estresse e prejudicando a pressão arterial dele. Então é doença, pois ta comprometendo o equilíbrio físico, mental e social. (Enfermeiro).

Eu respondo que embora as concepções de saúde e doença dos participantes da entrevista fossem fortemente marcadas pela proposta da epidemiologia social, que tenta caracterizar a saúde e a doença como componentes integrados de modo dinâmico nas condições concretas de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais (ROUQUAYROL, 1993), o fazer dos profissionais revela que as influências do paradigma biomédico são predominantes à medida que as ações são de cunho individual e pontuais, pois tratam a prevenção da saúde como sinônimo de intervenção farmacológica e a promoção da saúde como prescrição de comportamentos saudáveis.

Acrescento ainda que embora em alguns relatos ao longo desse trabalho possa ser percebida uma tentativa dos profissionais de reconhecer e dialogar com as condições subjetivas dos usuários, o resultado de suas intervenções sempre tendem a atos prescritivos e normativos. Desse modo, não contribuem para estabelecer mudanças nas formas como as pessoas lidam com seus problemas de saúde, tão pouco influenciam os processos de saúde-doença individuais e coletivos.

Para Tesser, Neto e Campos, G. (2010) o funcionamento do acolhimento a partir da ESF como equipe de referência permitiria que essa situação fosse contornada à medida que os profissionais realizariam a difícil missão de, simultaneamente, acolher e escutar de forma qualificada e individualizada; fazer uma avaliação de riscos e vulnerabilidades biológicas, epidemiológicas e psicossociais; discutir e processar essa demanda juntamente com o usuário, tentando identificar quais são as necessidades de saúde; acionar outros membros da

equipe responsável pelo cuidado daquele paciente para que se necessário, conjuntamente resolvessem quais os cuidados possíveis.

E justamente a partir da experiência desses autores com o acolhimento é que sugerimos a construção de uma nova cultura de trabalho, bem como novas formas de organizá-lo e administrá-lo, partindo da idéia de que o primeiro contato não programado do usuário deva ser com um profissional (e não com um recepcionista). Obviamente que as agendas do médico e enfermeiro deverá ser compatibilizadas para essa demanda de acolhimento, pois eles terão que compartilhar responsabilidades e decisões, respeitados os “núcleos de competência” cada profissão, mas flexibilizando os rituais típicos de consultas e procedimentos, de decisão clínica e de avaliação de risco/vulnerabilidade.

Assim, a concretização do acolhimento perpassa a reflexão crítica da micropolítica do processo de trabalho e as implicações da mesma no modelo de atenção, ambiente no qual se funda o trabalho vivo em ato. Desse modo, como prática real requer mudanças no processo de trabalho e mais: flexibilidade, versatilidade dos profissionais, ações diversificadas e pouco ritualizadas, abertura e acessibilidade do serviço à todos os tipos de demanda, para que assim sejam aumentadas as possibilidades de a equipe imergir no mundo sociocultural de sua área de abrangência, de trocar saberes pessoais e profissionais, de realizar melhor a captação das necessidades de saúde dos usuários e realizar um cuidado com responsabilização clínica e sanitária, resolutivo, integral, contínuo e de qualidade para todos de que dele precisarem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar, a partir do processo de trabalho de uma equipe de saúde da família ao acolher a demanda espontânea em uma UBS, como eram captadas as necessidades de saúde dos usuários.

Os resultados revelaram que as práticas assistenciais dos profissionais da equipe pesquisada são orientadas predominantemente pela racionalidade biomédica, evidenciada por um modelo centrado nas queixas e direcionado ao atendimento de doenças, cujas intervenções são pontuais, pouco resolutivas, baseadas em procedimentos, consultas e exames, contribuindo pouco para a autonomia do usuário e construção de vínculo, ou seja, a composição técnica do trabalho é favorável ao trabalho morto. Sendo assim, compreendeu-se que os processos de trabalho, e conseqüentemente, as práticas assistenciais daqueles profissionais ainda não tem a capacidade de fazer uma escuta mais qualificada de forma a permitir a apreensão das reais necessidades de saúde levadas pelos usuários.

Para que isso possa ocorrer é necessário que os trabalhadores da UBS realizem uma reflexão sobre as relações que têm estabelecido com os usuários, especialmente quando ela se torna mais tensa, como na porta de entrada em virtude deste ser o local onde são impostos limites administrativos ao acesso, o que pode levar a um distanciamento entre trabalhador e usuário, resultando na não produção do que é direito de todos: um atendimento humanizado, com criação de vínculo e processo terapêutico que permita a autonomia do usuário.

Nesse sentido, os resultados da investigação também mostraram que o trabalho vivo é capturado pelas normas à medida que todo o serviço de saúde é regulado por elas, limitando a capacidade criativa dos profissionais, mas reproduzindo as relações vigentes na sociedade capitalista, que promove a alienação do trabalhador ao separá-lo dos produtores da gestão e extrai dos sujeitos-trabalhadores graus de autonomia, submetendo-os ao controle da “cabeça” de cada organização.

Em relação às concepções que orientam a identificação das necessidades de saúde pode-se identificar que são orientadas pela racionalidade biomédica, uma vez que o recorte destas é feito a partir da existência de algum agravo à saúde, seja 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 usuários como um corpo biológico distante de suas realidades sociais concretas.

Outra questão que pode ser visualizada durante a coleta de dados e merece ser discutida num outro estudo sobre acolhimento, embora não tenha sido feito neste em

decorrência dos objetivos, refere-se à resolubilidade do serviço, posto que, para uma ação ser considerada resolutive esta, não necessariamente, deve se limitar a ter uma conduta clínica, mas colocar a possibilidade de usar toda tecnologia leve e leve-dura que se dispõe para eliminar as causas reais do problema do usuário, posto que ações como consultas médicas ou de enfermagem, curativos, orientações, dentre outras, baseadas na clínica, por si só, não são suficientes para dar todas as respostas às várias dimensões que compõem os problemas e as necessidades de saúde das pessoas, sendo essencial trabalhar com ações coletivas, que evocam a intersectorialidade e uma rede de referência e contra-referência eficiente.

E por fim, destacamos que se a ESF se propõe a ser a estratégia do Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Básica, é imprescindível que os profissionais de saúde aprendam a reconhecer quais são os problemas e as necessidades de saúde dos indivíduos e famílias sob sua responsabilidade, e ao reconhecer esses problemas/necessidades, consigam traçar uma proposta de intervenção para os mesmos, identificando que as ações de saúde que estão sob sua responsabilidade atendem a uma pequena parcela dos problemas/necessidades presentes e que a outra parcela precisa ser atendida, caso contrário, o problema não estará resolvido. A equipe de ESF precisa incorporar a idéia de que sua responsabilidade não se limita às quatro paredes da UBS e que causar impacto nos problemas significa trazer respostas reais que alteram o quadro de saúde da sua área de responsabilização. Precisa entender também que organizar um serviço de saúde significa montar algo que altere as condições de saúde do território, interferindo positivamente no modo de produção dos riscos e dos sofrimentos, e talvez aí resida um dos grandes desafios, o de articular os diferentes setores de produção de uma UBS em uma gestão compartilhada que responda pelo acesso dos usuários com acolhimento, vínculo e resolubilidade.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A. et al. **Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p.

AGUIAR, A. Z. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface – comunic, saúde, educ, debates**, v. 6, fev/2000, p. 117-120.

_____. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.20, n.3, Rio de Janeiro, Mar. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2009.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo de saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e sociedade**, 11 (1): 67-84, 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de saúde da comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 72p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

BRESSER-PEREIRA, L. C. A construção política do estado. **Lua Nova**, São Paulo, 81: 117-146, 2010.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012.

CAMPOS, C.M.S. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)**. 2004. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do estado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(4):1260-1268, jul-ago, 2005.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.605-18, set/dez 2000.

CASTRO, R.; BRONFMAN, M. N. **Algunos problemas no resuelto en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud**. Trabalho apresentado no IV Congresso Latinoamericano de Ciências Sociais e Medicina, Cocoyoc, México. 1997 (Mimeo).

CECÍLIO, L.C.O.; **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde**. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO; 2001.

_____. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.), Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. 184 p.

CORDEIRO, H. A. Saúde: concepções e políticas públicas – o conceito de necessidades de saúde e as políticas sanitárias. In: AMÂNCIO, F. A.; MOREIRA, M. C. G. B. (Orgs.) **Saúde, trabalho e formação profissional** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, 138 p.

CYRINO, A. P. P. **Organização Tecnológica do Trabalho nas Reformas das Práticas e dos Serviços de Saúde: Estudo de um Serviço de Atenção Primária**. São Paulo, 1993 (Dissertação de mestrado – Faculdade de Medicina da USP).

EGRY, E. Y. et al. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia Saúde da Família. **RevEscEnferm USP**, esp 2, v. 43, 2009, p. 1181-6.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set/dez 2005.

FIORI, J. L. Estado de bem-estar social: padrões e crises. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 7(2): 129-147, 1997.

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

GOUVEIA, R.; PALMA, J. J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estud. av.** vol.13 no.35 São Paulo Jan./Apr. 1999.

KNAUTH, D. R.; LEAL, A. F. A expansão das ciências sociais na saúde coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. **Interface – comunic, saúde, educação**, 18 (50), p. 457-67, 2014.

LÜDKE, M. ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MANDU, E. N. T.; ALMEIDA, M. C. P. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho em enfermagem. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 52, n. 1, p. 54-66, jan./mar. 1999.

MARTINS, A. A. Relações estado-sociedade e políticas de saúde. **Saúde e sociedade**, 5(1): 55-79, 1996.

MASLOW, A. H. **Motivación y personalidad**. 1a ed. Barcelona: Sagitario; 1954.

MATSUMOTO, N.F. **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**. 1999. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 1992. (Cadernos CEFOR, Série Textos 1).

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. Características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec: 1994.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em Saúde: Um Desafio para o Público**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

_____. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. **Interface – comunic, saúde, educ**, agosto, 2001, p. 147-49.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde Debate**. v. 27, n. 65, p. 316-23, 2003.

_____. **Reestruturação Produtiva em Saúde**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz; 2006, p. 225-230.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas e a saúde coletiva. **Saúde Soc**. São Paulo, v.22, n.1, p.21-31, 2013.

MINAYO, M. C. S.; GUERRIERO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência e saúde coletiva**, 19 (4), p. 1103-1112, 2014.

MOTA, A.; SILVA, J. A.; SCHRAIBER, L. B. **Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil: à obra de Maria Cecília Donnangelo**. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS; 2004.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, M. C. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.3, p.44-57, set-dez 2004.

NUNES, E. D. Carências urbanas, reivindicações sociais e valores democráticos. **Lua nova**, São Paulo, junho 1989, n. 17.

_____. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.13, n.3, Rio de Janeiro, Mai/Jun 2008.

OLIVEIRA, D. C. et al. Construção de um paradigma de cuidado de enfermagem pautado nas necessidades humanas e de saúde. **Esc Anna Nery** (impr.)2011 out-dez; 15 (4):838-844.

PACOBAYHA, L. D. **Estudo da estratégia saúde da família em Boa Vista, Roraima**. 2013. 83 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Roraima, 2013.

PAIM, J. S. Reforma **Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica**. 2007. 143p. Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2007.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v.32, n.4, p.299-316, 1998.

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. 2007. 247 p. Tese (Livre docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007.

QUEIROZ, D. T. et al. observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-83, abr/jun, 2007.

REGIS, L. F. L. V.; PORTO, I. S. A equipe de enfermagem e Maslow: (in)satisfação no trabalho. **Rev Bras Enferm**, 2006, jul-ago; 59(4): 565-8.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas,1999.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dezembro 2000.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, R. S. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Rev Interface-Comun Saúde Educ** 2005; 9(16): 53-66.

SCHRAIBER, L. B. No encontro da técnica com a ética. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 1, n. 1, 1997, p. 123-138.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192. Jan/ 2000.

SILVA, P. R. F.; ALMEIDA, M. M.; ROCHA, R. A. A segregação como conteúdo da nova morfologia urbana de Boa Vista-Rr. **Revista Acta Geográfica**, Ano III, n. 6, jul./dez. 2009, p.47-53.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde **Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, out/dez, 2005.

STAEVIE, P. M. Expansão urbana e exclusão social em Boa Vista. **Oculum Ensaio** 13, Campinas, p. 68-87, janeiro-junho, 2011.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, n. 3, v. 10, p. 585-597, 2005.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, Modelos assistências e vigilância da saúde. **IESUS**, VII(2), Abr/Jun, 1998.

TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & saúde coletiva**, 15(Supl. 3): 3615-3624, 2010.

VAITSMAN, J. **Saúde, cultura e necessidades**. In: FLEURY, S. (Org.) Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 157-173.

VENTURA, M. M. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. **Rev SOCERJ**, v. 20, n. 5, p. 383-386, set/out, 2007.

VICENTE, M. M. **A crise do Estado de Bem-estar social e a globalização: um balanço**. In: VICENTE, M. M. (Org.). História e comunicação na ordem internacional [online]. São Paulo: editora UNESP; São Paulo: Cultura acadêmica, 2009, 214 p.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração . Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 6024**: informação e documentação: numeração progressiva das seções de documento escrito: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **NBR 6027**: informação e documentação: sumário: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **NBR 6028**: informação e documentação: resumo: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação: apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

APENDICE

ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL COM MEMBROS DA EQUIPE DE ESF

ENTREVISTA DE NÚMERO: _____

I PARTE: CARACTERIZAÇÃO

SEXO: () FEMININO () MASCULINO IDADE: _____

PROFISSÃO: _____

VÍNCULO COM A INSTITUIÇÃO: _____

TEMPO DE SERVIÇO NA UBS E ESF: _____

II PARTE: PERGUNTAS ABERTAS RELACIONADAS AOS OBJETIVOS DA PESQUISA

Para você, o que é necessidade de saúde?

O que é doença, e saúde?

Qual o entendimento que você possui sobre o que seja acolhimento?

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: NECESSIDADES DE SAÚDE: ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO DE UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA

Pesquisador Responsável: Acadêmica do PROCISA Kelly Huany de Melo Braga

Este projeto tem o objetivo **analisar, a partir do processo de trabalho de uma equipe de saúde da família ao acolher a demanda espontânea em uma UBS, como eram captadas as necessidades de saúde dos usuários.** A pesquisa tem finalidade acadêmica e destina-se a elaboração da Dissertação de Mestrado da pesquisadora, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Roraima, sob orientação do profº Dr. Marcos Antônio Pellegrini.

Para tanto será necessário realizar os seguintes procedimentos para coleta das informações: Entrevista semi-estruturada com os participantes, como forma de obter informações relacionados aos objetivos da pesquisa. Ela deverá ser agendada previamente e realizada no próprio ambiente de trabalho, porém em local privativo. A pesquisadora utilizará um roteiro de entrevista com perguntas abertas, para que assim, ela possa direcionar sua ação durante o encontro. As informações serão registradas em um gravador de voz.

Durante a execução do projeto há procedimentos que oferecem riscos mínimos aos participantes, tal como o uso de dispositivo de voz para gravar as entrevistas, que pode fazer com que os entrevistados se sintam constrangidos por terem sua fala gravada. Todavia, para minimizar essa sensação, a pesquisadora manterá em campo o movimento de reflexividade, observando a si mesmo e seu comportamento no cenário da investigação, com o intuito de manter uma postura de respeito para com seus interlocutores, assegurado sempre que as informações prestadas só serão utilizadas para o desenvolvimento da referida pesquisa e compartilhamento de seus resultados com a comunidade científica, salvaguardando o anonimato quanto sua identidade pessoal e nome da instituição que foi realizado o estudo.

A pesquisa proporcionará como benefícios aos participantes a oportunidade de visualizar seu processo de trabalho, uma vez que no dia-a-dia ele é realizado sem que os profissionais reflitam e enxerguem os caminhos que o usuário dos serviços de saúde percorre para receber atendimento. Tal fato favorecerá a implementação de mudanças em etapas do processo de trabalho que possam estar sendo prejudiciais para estabelecimento de relações de vínculo com a clientela e a realização de uma assistência integral.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações

relacionadas à privacidade.

4. procurar esclarecimentos com KELLY HUANY DE MELO BRAGA, no telefone (95) 98107 6698 ou no endereço Av. Ene Garcez, 2413 - Campus Paricarana, Bairro Aeroporto - Boa Vista – RR, sala 42 (anexo da graduação – CEDUC), em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Eu, _____, declaro estar ciente do anteriormente exposto e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.
Acrescentar contato do colaborador, se houver.

Boa Vista-RR, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa: _____

Eu, *Kelly Huany de Melo Braga*, declaro que forneci todas as informações referentes a pesquisa ao participante, de forma apropriada e voluntária.

Boa Vista-RR, ____ de _____ de _____.

Assinatura do pesquisador: _____

Contato do pesquisador: (95) 98107 6698 – Email: huanymelobraga@gmail.com