

Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família

*José Paulo Vicente da Silva
Carlos Batistella
Mauro de Lima Gomes*

Situando a Discussão

Quando se discute a reorganização das práticas de saúde no nível local visando ao estabelecimento da integralidade da atenção, uma tarefa inevitável aos sujeitos envolvidos neste processo é a identificação dos problemas e das necessidades de saúde da população de um dado território.

Desse modo, um dos grandes desafios para os profissionais que atuam na atenção básica (gestores e equipe multidisciplinar) consiste justamente na dificuldade de equacionar a oferta organizada de serviços, baseada em uma análise técnica da situação de saúde da população de um determinado território, com o atendimento à demanda espontânea que bate à porta das unidades de saúde e que espera destes o acolhimento e resolução de seus problemas e de seu sofrimento.

Tendo em vista que o processo saúde-doença está relacionado a fenômenos complexos que incluem fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e ambientais, o que se coloca em questão é a própria suficiência da utilização e análise de indicadores sócio-epidemiológicos na explicação da situação de saúde da população. Destaca-se que, quanto maior a capacidade explicativa de fenômenos que interferem no estado de saúde, maior será a capacidade de formular alternativas de solução para os problemas e necessidades de saúde da população. Decorre daí a necessidade de complementaridade de vários saberes para a compreensão destes fenômenos, dentre os quais podemos citar: a clínica, a epidemiologia, as ciências sociais, a psicanálise, dentre outros.

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Sem evidentemente deixar de considerar a importância dos indicadores sócio-epidemiológicos para orientar a organização das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, precisamos estar atentos para o fato de que as demandas aos serviços de saúde não podem ser analisadas somente desde uma realidade objetiva controlada por meio de indicadores tradicionais. Partimos da premissa de que as necessidades de saúde também expressam a cultura, os valores, os projetos e desejos dos sujeitos individuais e coletivos que procuram estes serviços.

Com efeito, Vaitsman considera que, além das formas de organização social da produção,

a saúde (...) é resultante também da organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações como o meio ambiente. Dessa forma, (...) a saúde resulta do conjunto da experiência social, individualizado em cada sentir e vivenciado num corpo que é, também, biológico. (Vaitsman apud Silva Junior, 2006: 33)

Partindo desta problemática, e sem a pretensão de esgotar a discussão, buscamos realizar uma breve sistematização e compilação da produção de alguns autores sobre a temática dos problemas, necessidades de saúde e situação de saúde. Na medida em que as formas de organização da prestação de serviços de saúde no nível local trazem subentendidos, dentre outros elementos, determinadas concepções sobre problemas e necessidades de saúde e, portanto, a explicação sobre determinada situação de saúde, essa reflexão também nos remete à discussão sobre os modelos tecnoassistenciais em saúde.¹

Entendida a complexidade dos problemas e necessidades de saúde, o que requer, para o seu enfrentamento, a mobilização de múltiplos saberes e fazeres, reforça-se a centralidade do trabalho da equipe multiprofissional (Cecílio, 2001; Merhy & Franco, 2003) da qual o agente comunitário de saúde (ACS) é um dos integrantes. Da mesma forma, ressalta-se a necessidade de cooperação entre a saúde e as demais políticas governamentais (educação, saneamento, desenvolvimento social etc.), no sentido de uma atuação intersetorial.

¹ Para a discussão sobre modelos tecnoassistenciais em saúde, ver Silva Junior e Alves, texto "Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas", no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, e ainda Abrahão, texto "Tecnologia: conceito e relações com o trabalho em saúde", no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, ambos nesta coleção (N. E.).

PROBLEMAS, NECESSIDADES E SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: aprofundando a discussão

Para Castellanos (1997), o estabelecimento da diferença entre 'necessidade' e 'problema de saúde' vincula-se ao conceito de 'situação de' saúde. De acordo com o autor, esta define-se pela consideração das opções dos atores sociais envolvidos no processo, não podendo ser compreendida à margem da intencionalidade do sujeito que a analisa e interpreta. Assim,

as necessidades são elaboradas por intermédio de análises e procedimentos objetivos. Os problemas demandam abordagens mais complexas, configurando-se mediante a escolha de prioridades que envolvem a subjetividade individual e coletiva dos atores em seus espaços cotidianos. (Castellanos apud Czeresnia, 2003: 48)

Costa e Victora (2006) afirmam que a expressão "problema de saúde pública" tem sido empregada de modo vago e sem critérios, e sugerem que a utilização dessa terminologia seja resguardada pela análise de alguns princípios básicos. Recorrendo a uma breve revisão de textos clássicos de medicina preventiva e da saúde pública, os autores indicam que os critérios para a definição de um problema de saúde pública podem ser encontrados a partir de sua natureza, extensão, severidade e significância (Leavell & Clark apud Costa & Victora, 2006); e também a partir do interesse da comunidade, prevalência, gravidade e possibilidade de controle (Morley apud Costa & Victora, 2006); considerando a carga de mortalidade, morbidade e sofrimento causado pela condição, que é caracterizada pelo seu impacto no indivíduo e na sociedade (Fowler et al. apud Costa e Victora 2006; Daly et al. apud Costa & Victora, 2006); ou ainda analisando o 'potencial epidêmico' da doença ou agravo na população.

Outra abordagem, ligada à economia da saúde e aos critérios de priorização de investimentos do Banco Mundial, segue uma linha econométrica² para definição de problemas de saúde. Com base na construção de indicadores³

² Segundo o *Dicionário Aurélio Buarque de Holanda*, econométrica é um método de análise de dados estatísticos que mede as grandezas econômicas.

³ Indicadores para análise de custo-efetividade e custo-utilidade na definição de investimentos em saúde: o *Quality-Adjusted Life Years* (QALY), que leva em conta o impacto da morbidade sobre a expectativa de vida livre de doença, e o *Disability-Adjusted Life Years* (DALY), que incorporou aos anos potenciais de vida perdidos uma medida de tempo de incapacidade, permitindo o cálculo da carga global de doenças (GBD – *The Global Burden of Disease*) (Almeida Filho, 2000).

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

que apresentam o cálculo de anos potenciais perdidos e o tempo de incapacidade, esses estudos, apesar de terem sido adotados por diversas instituições de saúde como parâmetro comparativo internacional, vêm recebendo diversas críticas teóricas e metodológicas (Almeida Filho, 2000).

Em outra direção, diversos autores têm-se preocupado em ampliar a compreensão das noções de necessidades e problemas de saúde. Para Samaja (2000), o conceito de saúde precisa ser pensado à luz da reprodução social. Para tanto, descreve quatro dimensões (funções) reprodutivas: a reprodução bio-comunal, a reprodução comunal-cultural, a reprodução societal e a reprodução ecológico-política.

A sociedade reproduz-se 'bio-comunalmente' quando seus membros reproduzem suas condições como organismos vivos sociais. Implica não somente sua reprodução corporal, mas também a rede de inter-relações que constitui uma comunidade. A 'reprodução comunal-cultural', por outro lado, trata da reprodução da autoconsciência e da conduta humana. Enfatiza o ser humano como produtor de cultura, isto é, de redes simbólicas de elaboração e transmissão de experiências e aprendizagem (família, escola, demais instituições da sociedade civil e aparelhos ideológicos de Estado). A 'reprodução societal' afirma-se a partir de mediações econômicas, designadas como trabalho humano – incluindo a esfera da produção, distribuição e intercâmbio de bens. Por fim, a 'reprodução ecológico-política' refere-se ao processo por meio do qual indivíduos e grupos humanos devem restabelecer as relações de interdependência entre condições ambientais, relações sociais, comunais-culturais e bio-comunais (obras, segurança pública etc) (Samaja, 2000).

Nessa perspectiva, os problemas de saúde podem ser identificados como problemas reais (de ordem constitutiva: bióticos, culturais, sociais ou políticos), problemas percebidos e representados (de ordem descritiva: registros ou representações bióticas, culturais, sociais ou políticas) e problemas como objetos de ação (projetos de intervenção sobre aspectos bióticos, culturais, sociais ou políticos).

Segundo Samaja, uma conceitualização da saúde que a torne co-extensiva ao conjunto de problemas da reprodução social ultrapassaria o espaço disciplinar da medicina. Dessa forma, conclui que a saúde é "inseparável das condições de vida, e só se pode defini-la como o controle sobre os processos de reprodução da vida social" (Samaja, 2000: 100).

PROBLEMAS, NECESSIDADES E SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Segundo Castellanos (1990: 2 – grifos do autor), a “descrição e explicação de uma situação de saúde-enfermidade não são independentes de *quem* e de que *posição* descreve e explica”. Desse modo, incorporar essas distintas visões ao processo de definição das necessidades de saúde passa a ser um desafio para os trabalhadores no planejamento das ações e organização da oferta de serviços:

A identificação e análise de problemas de saúde depende da perspectiva sob a qual eles são identificados (...) o que é problema para uns pode não ser considerado problema para outros. A visão que se tem dos problemas de saúde, portanto, varia em função da posição dos distintos sujeitos na estrutura das relações sociais, fazendo parte de sua ‘visão de mundo’, de sua cultura, de seus projetos políticos, de suas utopias (...) Nesse sentido, a identificação dos problemas e necessidades de saúde da população tem que assumir, ou tentar assumir, uma ‘visão policêntrica’, identificando os diversos sujeitos e sua posição na ‘estrutura de poder’ em saúde. (Teixeira, 2002: 81-82)

Assim, nem sempre serão coincidentes as visões dos dirigentes do sistema de saúde (geralmente preocupados com a relação custos/efetividade das ações, com a baixa capacidade operacional, limitações no financiamento, organização da atenção integral etc), dos pesquisadores (interessados na produção de conhecimentos e tecnologias que possam resultar em melhorias gerenciais, organizativas e operacionais dos serviços de saúde), dos profissionais e trabalhadores de saúde (que vêem como problemas as limitações de infra-estrutura, dificuldades administrativas e precarização do trabalho), e finalmente da população (como sujeitos individuais ou coletivos que buscam o atendimento integral de suas necessidades, que são mais amplas, relacionadas às condições de vida, ou mais específicas, referentes ao acesso às tecnologias, à humanização da atenção e ao desenvolvimento de sua autonomia).

Dessa forma, a situação de saúde de um determinado grupo populacional é um conjunto de ‘problemas de saúde’ ‘descritos’ e ‘explicados’ de acordo com a perspectiva de um ator social. Os problemas, entendidos como fenômenos que afetam determinados grupos, são descritos a partir de uma enumeração de fatores, que, em seu conteúdo e forma, são assumidos como relevantes (suficientes e necessários). A explicação parte da identificação e percepção do complexo de relações entre os múltiplos processos, em diferentes planos e espaços.

Os problemas se manifestam tanto no espaço ‘singular’ (especificidade) e no ‘particular’ (saúde de um grupo de população) quanto no ‘geral’ (global):

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A forma como se define um problema delimita o espaço de explicação utilizado pelo ator. Assim, quando um ator define um problema no espaço singular estará utilizando como explicação as formas de acumulação (organização) e as leis e princípios próprios do nível do singular, dos juízos singulares. Sua potência explicativa se limita à singularidade dos fenômenos e sua potência de ação transformadora sobre os problemas se limita às possibilidades tecnológicas que tenham sido dentro desses limites. Quando um problema é definido no espaço particular, como perfil de um grupo de população, o ator tem a sua disposição a potência explicativa das acumulações, leis e princípios que explicam o processo de reprodução social das condições objetivas de existência de diferentes grupos de população e sua capacidade tecnológica. Além daquelas desenvolvidas no espaço singular, incorporará todo arsenal que possibilita a modificação das condições objetivas de existência. Comentário similar podemos fazer com respeito a problemas definidos no espaço geral, onde se amplia a potência explicativa e de transformação. (...) Por outro lado, é importante destacar que os espaços assinalados não são excludentes. Pelo contrário, devemos assumi-los como includentes e recursivos. (...) Entre os processos de níveis superiores e inferiores há uma relação de determinação, e no sentido contrário há uma relação de condicionamento. (Castellanos, 1990: 2-4)⁴

A incorporação da noção de 'problema de saúde' no processo de planejamento e programação das ações da vigilância em saúde – entendida como uma proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde a qual o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o Programa de Saúde da Família (PSF) estão vinculados – possibilita a valorização de uma visão mais policêntrica e democrática na definição de seus objetos de intervenção. Em uma perspectiva mais integral, a noção de 'problema de saúde' inclui, para além da doença, dos modos de transmissão e dos fatores de risco, as necessidades e/ou determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho).

Os problemas passam a ser identificados não somente pelos enfoques clínico e epidemiológico, mas, sobretudo, pelo enfoque social. Do ponto de vista clínico, observa-se o corpo individual em sua dimensão anatômica e fisiológica. A intervenção sobre os problemas de saúde neste nível privilegia o diagnóstico, tratamento de doenças e reabilitação de doentes. O enfoque epidemiológico enfatiza a identificação dos problemas em grupos de população, a partir da caracterização das condições ecológicas (relação agente-hospedeiro-ambiente) ou das condições socioeconômicas e culturais dos diversos grupos. Neste nível,

⁴ Tradução livre.

PROBLEMAS, NECESSIDADES E SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

a intervenção sobre os problemas de saúde privilegia ações de educação sanitária, saneamento ambiental, controle de vetores, alimentos, medicamentos e outros produtos potencialmente nocivos à saúde, imunização de suscetíveis e diagnóstico precoce das doenças mais comuns. O enfoque social enfatiza a identificação dos problemas em populações a partir da caracterização de sua dinâmica histórica, isto é, da caracterização do processo de desenvolvimento econômico, social e político dessas populações (Teixeira, Pinto & Villasbôas, 2004).

Uma Perspectiva Relacional de Necessidades de Saúde

Stotz (1991) contrapõe o conceito necessidades ao de problemas, ressaltando a potencialidade das necessidades de saúde, ao afirmar que:

As necessidades de saúde (...) são mais do que a 'falta de algo' para se ter saúde. Limitadas a esta dimensão, reduzem-se aos aspectos fisiopatológicos, ao corpo (e mente) 'disfuncional' ou 'inadaptado'. Pelo contrário, as necessidades de saúde, enquanto necessidades sociais dos indivíduos, como expressão histórica de movimento que assumem como iníquas certas condições sociais, são potencialidades. E são potencialidades na medida em que as carências comprometem, motivam e mobilizam as pessoas. (Stotz, 1991: 449-451)

De acordo com o autor, as necessidades de saúde se situam no nível das necessidades sociais mais gerais. Ainda que sejam determinadas e constituídas social e historicamente, só poderão ser apreendidas em sua dimensão individual. Expressa-se, dessa forma, uma relação dialética entre o individual e o social. Stotz está interessado em observar como nas demandas sociais por saúde podem se constituir determinados 'sujeitos coletivos', tendo em vista que essas demandas expressam determinadas 'carências' ou 'necessidades' geradas pelo modo de produção e organização da sociedade.

Nesse sentido, Stotz recorre a Nunes (1989: 68), para quem "o conceito de carência sempre tem por referência o conceito de indivíduo, aquela é atribuído deste". Contudo, o indivíduo compartilha o processo de determinação de suas carências/necessidades, pois "o indivíduo é imediatamente social; ele o é por pertinência a determinado grupo (família, colegas de trabalho, seita religiosa etc.), sendo influenciado pelos valores do grupo" (Stotz, 1991: 15).

Sendo assim, o processo de determinação das carências individuais é vivenciado com o grupo, tendo, portanto, uma dimensão coletiva. Trata-se, pois, de uma mediação fundamental da prática social inerente à vida em sociedade.

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Dessa forma, “as necessidades de saúde são necessidades de milhões de indivíduos e, ao mesmo tempo, necessidades coletivas” (Stotz, 1991: 86).

Quando se filia a essa visão de mundo, na qual o ser humano é, ao mesmo tempo, universal e particular, Stotz (1991: 53) critica a perspectiva do “sujeito individual portador de necessidades”, descolado das suas relações sociais. Essa última perspectiva subjaz ao enfoque “atomista-individualista ou liberal”, cujo pressuposto é a existência de uma sociedade que é “a soma de indivíduos isolados e livres (*o homo economicus*)” para satisfazerem suas necessidades de acordo com a lei de oferta e procura por bens e serviços (a lei natural do mercado).

Da mesma forma, o autor critica o enfoque funcionalista que reconhece o sujeito individual como uma unidade da estrutura do sistema social e busca, através de mecanismos de regulação, a normalização dos hábitos da sociedade. A partir dessa visão, no sentido da sua socialização, os indivíduos deverão seguir regras de conduta ou serão culpabilizados pelos problemas que, porventura, venham a causar a si mesmos ou aos demais membros de sua comunidade.

Entretanto, a crítica é dirigida também à visão marxista estruturalista, posto que nessa perspectiva “a noção de sujeito não passa de uma noção ideológica: os sujeitos concretos são erigidos em dados absolutos, como indivíduos empíricos cujos atributos são gerais, universais. Os sujeitos são portadores de uma generalidade de uma essência universal” (Stotz, 1991: 107).

Ao propor um conceito operacional de necessidades de saúde capaz de contemplar a perspectiva dos sujeitos individuais e coletivos, o autor vislumbra a construção de uma ‘ferramenta’ que, potencialmente, contribua tanto para a superação do reducionismo inerente ao enfoque normativo de planejamento quanto para a superação das incoerências e insuficiências contidas no enfoque situacional. Busca-se a superação da racionalidade instrumental que vem permeando, hegemonicamente, a formulação das políticas públicas de saúde por meio do planejamento.

Segundo Stotz (1991), quando se entra em contato com um determinado conceito operacional de necessidades de saúde já existente, descobre-se que tal conceito já demarca *a priori* uma classificação baseada em

PROBLEMAS, NECESSIDADES E SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

critérios previamente definidos. A existência prévia de tal 'taxonomia' aponta, portanto, para a dominância de uma determinada concepção de necessidades de saúde.

Para o autor, na 'área do planejamento em saúde', as duas vertentes da perspectiva individual do 'sujeito de necessidades' – a liberal e a funcionalista – foram incorporadas, de forma pragmática, ao enfoque normativo de planejamento. Nesse caso, "necessidades sentidas", "expressas", "normativas" e "comparativas" (Bradshaw apud Stotz, 1991: 17), implicam a adoção de um critério baseado em uma concepção "naturalista" do sujeito (Falleiros apud Stotz, 1991: 17). Assim, necessidades seriam a 'falta de algo' em um homem cuja natureza é ideal, genérica, abstraída das relações sociais, independentes, pois do todo social (Falleiros apud Stotz, 1991: 17).

Dessa maneira, problemas e necessidades de saúde se constituem como noções conexas, pois, a necessidade é, de algum modo, a tradução de problema em termos 'operacionais'. Problema corresponde a um estado de saúde considerado deficiente pelo indivíduo, médico ou coletividade. Necessidade expressa o desvio ou a diferença entre o estado ótimo, definido de modo normativo e estado atual ou real (Pineault & Daveluy apud Stotz, 1991).

Stotz conclui que o enfoque normativo de planejamento dispensa a reflexão sobre as mediações do conceito de necessidades de saúde, pois a explicação da situação em questão cede lugar a um diagnóstico com base em uma realidade objetiva a qual se controla e se mensura por meio de indicadores tradicionais e externos ao planejador.

Quanto ao enfoque estratégico, o autor afirma que não existe qualquer menção dirigida ao conceito de necessidades de saúde tanto no 'pensamento estratégico', de Mario Testa, quanto no 'planejamento situacional', de Carlos Matus, que, de acordo com vasta literatura sobre o assunto, representam as duas principais vertentes do planejamento estratégico na América Latina.

De acordo com Testa, o diagnóstico de saúde do tipo tradicional, no qual os problemas de saúde são informados por indicadores objetivos e não definidos por sujeitos individuais ou coletivos, é indispensável na formula-

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

ção do plano (Testa 1992a, 1992b; Rivera, 1992; Stotz, 1991). Já segundo Matus (1992), a planificação é uma atribuição de quem governa, que diz respeito ao presente, que exige cálculo e se refere a problemas reais, empiricamente constatáveis capturados por meio de uma técnica específica como parte dos procedimentos do 'momento explicativo', qual seja, o 'fluxograma situacional' (Matus, 1992; Rivera, 1992; Stotz, 1991).⁵

De forma sintética, Cecílio e Matsumoto (2006: 38) chegam às seguintes conclusões sobre o trabalho de Stotz:

- a) embora a saúde seja um bem coletivo, que diz respeito a toda a sociedade, a doença tem características individuais. A dimensão social dos fenômenos da saúde é a síntese das exigências, das condições particulares de cada homem ou mulher;
- b) as necessidades de saúde são sempre históricas, dinâmicas e cambiantes;
- c) as necessidades de saúde têm um componente de natureza subjetiva e individual, o que significa admitir, explicitamente, o valor e as implicações decorrentes deste valor: o individual;
- d) necessidade de saúde não é conceito suscetível de ser defendido nem pelo indivíduo isolado "livre", abstraído de suas relações sociais, concretas, nem pela "estrutura" social colocada de forma genérica.

Adotando uma Taxonomia Operacional de Necessidades de Saúde para a Reflexão e Ação das Equipes de Saúde da Família

Refletindo sobre os temas da integralidade e da equidade, considerados os verdadeiros objetivos da atenção, Cecílio (2001) afirma que os referidos princípios vão além do simples consumo ou acesso a determinados serviços e nos remetem ao campo das micropolíticas e suas articulações, fluxos e circuitos, que configuram o sistema de saúde.

⁵ Sobre o planejamento em saúde, ver Abrahão, texto "Notas sobre o planejamento em saúde", no livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

PROBLEMAS, NECESSIDADES E SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

Para o autor, pensar a equidade e a integralidade da atenção impõe a compreensão de que o micro está no macro e vice-versa e de que isto tem importantes repercussões nas práticas de saúde. Dessa forma, a construção da integralidade implicaria, como condição, repensar o processo de trabalho, a gestão, o planejamento e a construção de novos saberes e práticas em saúde. Para esta reflexão, Cecílio (2001) toma como analisador as necessidades de saúde, particularmente o potencial que as mesmas têm de auxiliar os trabalhadores, as equipes, os serviços e as redes de saúde a fazer uma melhor ausculta daqueles que buscam cuidados de saúde.

Partindo do caminho percorrido por Stotz (1991), Cecílio (2001: 114-115) e Matsumoto (Cecílio & Matsumoto, 2006) propõem uma taxonomia das necessidades de saúde totalizadora da visão dos sujeitos individuais e coletivos, organizada em quatro grandes conjuntos: o primeiro conjunto diz respeito à necessidade de boas condições de vida; o segundo se refere à necessidade de acesso a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida; o terceiro diz respeito à necessidade de ter vínculo com um profissional ou uma equipe de saúde (sujeitos em relação); e o quarto e último conjunto se refere à necessidade de autonomia na construção do seu 'modo de andar a vida' (a construção do sujeito).

Necessidade de boas condições de vida

Aqui, boas condições de vida podem ser entendidas em dois sentidos: um mais funcionalista, que enfatiza os fatores do 'ambiente', 'externos', que determinam o processo saúde-doença, tal como na história natural da doença de Leavel & Clark (1976); o outro nas formulações de autores de extração marxista que enfatizam os diferentes lugares ocupados por homens e mulheres no processo produtivo nas sociedades capitalistas como as explicações mais importantes para adoecer e morrer. Subjacente a esta perspectiva está o entendimento de que desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas 'naturalmente', mas sim criadas historicamente e pelo modo de produção e organização da sociedade.

Apesar de diferentes, estas perspectivas conceituais convergem para o entendimento de que a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde.

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A idéia em torno da necessidade de ter boas condições de vida está expressa em vários modelos tecnoassistenciais de saúde, destacando-se a proposta de Sistemas Locais de Saúde (Silos) e a proposta das Cidades Saudáveis.

A proposta de Silos tem seu marco conceitual apresentado na XII Conferência Pan-Americana, ocorrida em 1986, sendo posteriormente ratificado no documento da Organização Mundial da Saúde (Opas-CD 33/14), do Comitê Diretor de 1988, que recomenda:

um Sistema Local de Saúde deve contemplar a estrutura político-administrativa de um país, definir-se em um espaço populacional determinado, ter em conta todos os recursos para a saúde e desenvolvimento social existentes neste espaço, responder aos processos de descentralização do Estado e do setor da saúde, às necessidades da população e à estrutura da rede de serviços de saúde e organizar-se para facilitar a condução integral das ações (Opas apud Silva Junior, 2006: 62).

O Silos enfatiza ainda a centralidade das condições de vida, ao referir-se, por exemplo, à necessidade de adoção de dispositivos de dotação de recursos que devem ser canalizados para a garantia da atenção integral à saúde. Nesta perspectiva, devem-se incluir as políticas e ações de saneamento básico e desenvolvimento de um novo modelo assistencial a fim de aumentar a capacidade de análise da situação de saúde das populações, definidas territorialmente, até o nível das microrregiões, reorientando os serviços para o enfrentamento conjunto de problemas vivenciados por aquelas populações (Silva Junior, 2006).

Nascida na cidade de Toronto, Canadá, a proposta de Cidades Saudáveis ganhou adesão das cidades européias, e sob articulação das Seções de Promoção da Saúde e Saúde Ambiental da OMS difundiu-se pelo simpósio de Lisboa, Portugal, em 1986. A referida proposta tem como imagem-objetivo a construção de uma rede de cidades determinadas a procurar, em conjunto, novas maneiras de promover a saúde e melhorar o ambiente (Silva Junior, 2006). De acordo com Cecílio e Matsumoto (2006), o seu desenvolvimento tem como diretrizes questões que expressam a idéia de 'boas condições de vida' como uma necessidade. A saúde como qualidade de vida visa à superação da visão polarizada da medicina sobre a saúde, contemplando as condições de vida e as relações sociais no espaço urbano. A saúde é vista como respeito à vida e à defesa dos ecossistemas. Ressalta-se o reforço à participação comunitária, entendida como a capacidade de a sociedade se organizar e influir nas decisões das políticas públicas no âmbito local, regional e nacional. Seguindo as reco-

PROBLEMAS, NECESSIDADES E SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

mendações da Carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde deverá ser realizada por políticas públicas favoráveis à saúde, enfatizando-se a intersectorialidade como principal estratégia de articulação política operacional da promoção da saúde (Silva Junior, 2006).

No que diz respeito às boas condições de vida, a atuação da equipe do PSF, especialmente dos ACS, poderia ser no sentido de mobilização da população, junto aos conselheiros de saúde e às entidades da sociedade civil (associações de moradores, conselhos populares, sindicatos etc.) para lutarem em torno da garantia dos seus direitos de cidadania, tais como: direito à saúde, educação, saneamento básico, alimentação adequada, emprego, lazer, entre outros classicamente destacados na saúde pública.

Ainda com relação a este tópico, Cecílio e Matsumoto (2006) propõem um alargamento à necessidade de boas condições de vida, incorporando outros aspectos, que estariam ao alcance da atuação, ainda que indireta, da equipe do PSF, e que incluam, por exemplo: “necessidade de ter ‘pais cuidadores e autônomos’ para as crianças; necessidade de uma vida afetiva e sexual compartilhada com companheiros mais solidários para as mulheres; necessidade de idosos se sentirem mais úteis e integrados; etc” (Cecílio & Matsumoto, 2006: 50). Nestes casos, tendo em vista os limites da ação do setor saúde, a equipe de saúde da família poderia atuar na detecção dos problemas, encaminhando-os para, em uma ação cooperativa, serem resolvidos por profissionais de outros setores.

Necessidade de acesso a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida

Para reconceitualizar este tipo de necessidade, Cecílio (2001) recorre aos conceitos de ‘tecnologias leves’,⁶ ‘leve-duras’⁷ e ‘duras’⁸ (Merhy, 1997, 2002; Merhy & Franco, 2003), destacando que a ‘hierarquia’ de importância dessas

⁶ São tecnologias de relações/cuidado, do tipo produção de vínculos, autonomização; acolhimento etc. (Merhy, 2002). Sobre essa discussão, ver Abrahão, texto “Tecnologia: conceito e relações com o trabalho em saúde”, no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

⁷ São os saberes bem estruturados que operam nos processos de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo (Merhy, 2002).

⁸ Segundo Merhy (2002), são os equipamentos tecnológicos como máquinas, normas, estruturas organizacionais.

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

tecnologias não deve ser estabelecida somente pelos profissionais de saúde, mas também pelos usuários, com suas necessidades reais.

A garantia de acesso e consumo de toda tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida está relacionada à visão de que, dependendo do momento em que vive o usuário, a tecnologia de saúde de que necessita pode estar em uma unidade básica de saúde ou em algum serviço produtor de procedimentos mais sofisticados, ou até mesmo poderá depender de uma cooperação com outros setores da política governamental (educação, saneamento etc.). Ou seja, em um dado momento de sua vida, um determinado usuário poderá estar precisando de uma consulta médica; em um outro momento, vai estar precisando de uma informação ou de uma orientação; em outro, vai estar precisando de uma internação ou de uma tomografia.

No sentido de garantir o acesso a todas as tecnologias para melhorar e prolongar a vida, a equipe de saúde deverá recorrer tanto a ações de caráter mais coletivo – como as ações programáticas, que utilizam o saber epidemiológico para a realização de diagnósticos coletivos – quanto ao atendimento à demanda espontânea, que traz embutida a concepção de necessidades individuais. Ressalta-se que a demanda é o pedido explícito, ou seja, a ‘tradução’ de necessidades mais ‘complexas’ do usuário.

Nessa direção, além das ações desenvolvidas na própria unidade do PSF, a equipe de saúde da família (gestores e demais profissionais), sobretudo, deverá atuar no sentido de garantir aos usuários um fluxo seguro a todos os serviços (atenção básica, média e alta complexidade) que venham atender às suas necessidades, o que vem sendo denominado ‘linhas de cuidado’ (Merhy & Franco, 2003). Isto poderia se dar através de mecanismos de responsabilização da equipe de saúde, tais como a implementação de sistemas de referência e contra-referência, que sejam verdadeiramente efetivos, visando contribuir para a integração dos recursos assistenciais necessários à garantia da integralidade da atenção.

Necessidade de criação de vínculo com um profissional ou com uma equipe de saúde (sujeitos em relação)

Para além da simples adscrição a um serviço ou à inscrição formal em um programa, vínculo é entendido como referência e relação de confiança. Significa

PROBLEMAS, NECESSIDADES E SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal, intransferível e calorosa, ou seja, um encontro de subjetividades (Cecílio, 2001).

A produção de vínculo entre profissional/equipe de saúde e usuário está relacionada tanto à busca por um maior percentual de curas quanto à noção que valoriza a construção de espaços propícios à construção de sujeitos (profissionais e usuários) autônomos (Cecílio & Matsumoto, 2006).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde vislumbra as estratégias de saúde da família e ACS como meios possíveis de reorganização da atenção básica em saúde, enfatizando a idéia de criação de vínculos e de responsabilização da equipe por grupos populacionais bem definidos⁹ (Brasil apud Cecílio & Matsumoto, 2006).

Necessidade de autonomia e autocuidado na construção do 'modo de andar a vida' (a construção do sujeito)

Partindo das idéias de Canguilhem, Campos (apud Cecílio & Matsumoto, 2006: 46) afirma que curar alguém é sempre lutar pela ampliação do 'coeficiente de autonomia' de uma certa pessoa e que

objetivo de todo trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente [para] melhorar o seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, das suas relações com o meio social e, em consequência, da capacidade de cada um instituir normas que ampliem as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida.

Busca-se demonstrar que a passividade do paciente ou da comunidade é, geralmente, um entrave à cura, à prevenção e à promoção da saúde. A luta pela autonomia, que inclui a questão do autocuidado, constitui-se, então, como a forma mais contundente de combate à medicalização da sociedade.

De acordo com Campos, o objetivo dos serviços de saúde seria a ampliação da capacidade de autonomia das pessoas. Para tanto, faz-se necessária a compreensão de que

a doença ou o risco de adoecer pode cobrar das instituições um apoio de longo curso [para] a construção desta autonomia, o paciente curado depende de uma combinação de técnicas de apoio individual (fármacos, atenção clínica, acesso às informações, reabilitação física, referência [em

⁹ Para discussão sobre a Estratégia Saúde da Família, ver Corbo, Morosini e Pontes, texto "Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde", no livro *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*, nesta coleção (N. E.).

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

casos de] crises), com outras de feição mais sócio-cultural (socialização, capacitação para o trabalho, para a convivência, para viver em um mundo de conflitos e disputas). (Campos apud Cecílio & Matsumoto, 2006: 47)

A autonomia implica a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida, e esta resignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo-se aí a luta pela satisfação de suas necessidades, de forma mais ampla possível.

A necessidade de autonomia é bastante trabalhada no campo da educação em saúde (Cecílio & Matsumoto, 2006). Entretanto, conforme já discutido, a informação e a educação em saúde são apenas parte deste processo.

Considerações Finais

Sem a pretensão de esgotar as reflexões sobre a temática, este artigo buscou agregar elementos que possam auxiliar nos processos de trabalhos das equipes do Pacs e PSF, na medida em que se amplia a compreensão sobre os problemas, necessidades e situações de saúde.

Concluímos que, a fim de não negligenciar qualquer um desses conjuntos de necessidades e problemas, é preciso o desenvolvimento de diagnósticos interdisciplinares e participativos, nos quais sejam identificados aspectos objetivos e subjetivos envolvidos no processo saúde/doença. Assim, o atendimento das necessidades de saúde dependerá tanto da capacidade de articulação de ações intersetoriais como da criação de vínculos capazes de minimizar o sofrimento individual.

A própria heterogeneidade que caracteriza a população brasileira, revelada em termos de desigualdades sociais – renda, escolaridade, moradia, trabalho – implica uma diferenciação no padrão epidemiológico e de necessidades sociais de saúde, que muitas vezes não chega sequer a se expressar como demanda aos serviços de saúde (Teixeira: 2002).

Quando são analisados os problemas, necessidades e demandas de saúde no Brasil, tem chamado atenção a concentração de problemas de distintas naturezas em determinados grupos mais vulneráveis. O perfil de necessidades de saúde segundo condições de vida apresenta uma situação de acúmulo de problemas e necessidades não satisfeitas entre determinados grupos sociais, especialmente os de baixa renda, baixa escolaridade, marginais e excluídos, de

PROBLEMAS, NECESSIDADES E SITUAÇÃO DE SAÚDE (...)

um modo geral, tidos como grupos com menor capacidade de expressão política e social de suas demandas e interesses (Teixeira, 2002).

As populações assistidas pelas equipes do Pacs e PSF trazem heterogeneidades regionais e locais. Contudo, as condições descritas para os grupos vulneráveis em relação às suas necessidades, problemas e situações de saúde fazem parte da realidade da maioria das populações atendidas por estes programas, o que demandará uma ação participativa e solidária para o seu enfrentamento. Trata-se de produzir ações capazes de melhorar a qualidade de vida dessas populações e, conseqüentemente, a sua saúde.

Referências

- ALMEIDA FILHO, N. de. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 3(1-3):4-20, 2000.
- CASTELLANOS, P. L. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico*, 10(4): 1-7, 1990.
- CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, R. B. (Org.) *Saúde e Movimento: condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.
- CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2001.
- CECÍLIO, L. C. de O. & MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R; FERLA, A. A. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro, Caxias do Sul: Cepsc, IMS, Uerj, Educs, 2006.
- COSTA, J. S. D. da. & VICTORA, C. G. O que é "um problema de saúde pública"? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 9(1): 144-146, 2006.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- LEAVELL, H. & CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F. J. U. (Org.) *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1992.

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOKO, R. T. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- 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 tecnoassistenciais. *Saúde em Debate*, 27(65): 316-323, 2003.
- NUNES, E. Carências urbanas, reivindicações sociais e valores democráticos. *Lua Nova – Revista de Cultura e Política*, 17: 67-91, 1989.
- RIVERA, F. J. U. Planejamento de saúde na América Latina. In: RIVERA, F. J. U. (Org.) *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1992.
- SAMAJA, J. *A Reprodução Social e a Saúde: elementos teóricos e metodológicos sobre a questão das 'relações' entre saúde e condições de vida*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
- SILVA JUNIOR, A. G. da. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- STOTZ, E. N. *Necessidades de Saúde: mediações de um conceito – contribuições das ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde*, 1991. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- TEIXEIRA, C. F. Modelos de Atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. & VILLASBÔAS, A. L. (Orgs.) *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: ISC, 2002.
- TEIXEIRA, C. F.; PINTO, L. L. & VILLASBÔAS, A. L. *O Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2004. v.5 (Série Material Didático do Proformar)
- TESTA, M. O diagnóstico de saúde. In: RIVERA, F. J. U. (Org.) *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1992a.
- TESTA, M. Tendências em planificação. RIVERA, F. J. U. (Org.) *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1992b.