



## Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente\*

*Health necessities in primary attention: the perception of professionals acting in permanent education*

*Necesidades de salud en la atención primaria: percepción de profesionales que actúan en la educación permanente*

Patricia Tavares dos Santos<sup>1</sup>, Maria Rita Bertolozzi<sup>2</sup>, Paula Hino<sup>3</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Conhecer o conceito de necessidades em saúde, segundo a percepção dos preceptores que integram uma equipe de Educação Permanente na Atenção Primária em Saúde de uma organização social. **Métodos:** Utilizou-se entrevista semiestruturada com cinco preceptores vinculados à Educação permanente dessa Instituição e os achados foram categorizados e analisados, conforme a Taxonomia de Necessidades de Saúde e a luz da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença. Os cinco profissionais da equipe de preceptoria de uma organização social da zona Leste paulistana participaram da pesquisa. **Resultados:** Os participantes abordaram as quatro categorias propostas pela taxonomia, além de discorrerem sobre a identificação das necessidades e sua satisfação. **Conclusão:** Os profissionais acreditam que as necessidades de saúde da população não são atendidas em razão de questões relacionadas às condições de vida, políticas públicas e visão de mundo dos profissionais.

**Descritores:** Necessidades e demandas de serviços de saúde; Atenção primária à saúde; Educação Continuada

### ABSTRACT

**Objective:** To know the concept of necessities in health, according to the perception of the mentors who integrate a team of Permanent Education in Primary Attention of Health, in a social organization. **Methods:** It was used the semi-structured interview with five mentors linked to the constant Education of that Institution; the findings were categorized and analyzed according to the Taxonomy of Health Necessities, using the Social Determination Theory of the Health-Disease Process. The five mentors of the team of preceptors of a social organization in the Sao Paulo's Eastern zone participated of the inquiry. **Results:** The participants examined the four categories proposed by the taxonomy, besides analyzing the identification of the necessities and its fulfillment. **Conclusion:** The professionals think that the populations' health necessities are not attended due to: 1) life conditions, 2) public policies, and 3) mentors' world vision.

**Keywords:** Health services needs and demand; Primary health care; Education, Continuing

### RESUMEN

**Objetivo:** Conocer el concepto de necesidades de la salud, según la percepción de los instructores que integran un equipo de Educación Permanente en la Atención Primaria de la Salud de una organización social. **Métodos:** Se utilizó la entrevista semiestruturada con cinco instructores vinculados a la Educación permanente de esa Institución; lo encontrado fue categorizado y analizado, conforme la Taxonomía de Necesidades de la Salud utilizando la Teoría de la Determinación Social del Proceso Salud-Enfermedad. Los cinco profesionales del equipo de instructores de una organización social de la zona Leste paulistana participaron de la investigación. **Resultados:** Los participantes examinaron las cuatro categorías propuestas por la taxonomía, además de analizar la identificación de las necesidades y su satisfacción. **Conclusión:** Los profesionales piensan que las necesidades de la salud de la población no son atendidas debido a cuestiones relacionadas a: 1) condiciones de vida, 2) políticas públicas, y 3) visión de mundo de los profesionales.

**Descritores:** Necesidades y demandas de servicios de salud; Atención primaria de salud; Educación Continua

\* Trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva com enfoque em Programa de Saúde da Família Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>1</sup> Preceptora de Enfermagem na Saúde do Adulto na Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>2</sup> Livre-Docente. Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>3</sup> Pós-doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil. Bolsista CNPq.

## INTRODUÇÃO

No desenvolvimento de sua prática diária o profissional de saúde, tem como foco principal o cuidado humano. Sendo assim, constantemente deveria buscar alternativas para resolução de problemas, atendendo às necessidades de saúde apresentadas sob diversas formas, que se alteram, dependendo das estruturas sociais, dos estilos de vida, dos progressos científico-tecnológicos, dentre outros.

Diante dessa afirmação, tomou-se como objeto de estudo a categoria Necessidade sob a luz da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, que é manifestado no coletivo nos diferentes grupos sociais e deve abranger os processos estruturais da sociedade, os perfis de reprodução social com as correspondentes potencialidades, desgastes e a compreensão dos fenômenos biológicos que compõem os padrões típicos de saúde-doença desses grupos e de seus indivíduos<sup>(1)</sup>.

Sendo assim, as necessidades de saúde extrapolam as questões relativas a problemas de doenças e demanda de serviços médicos, abarcando as vulnerabilidades que “expressam modos de vida e identidades”, envolvendo as condições necessárias para se ter saúde<sup>(2)</sup>.

Embora o processo saúde-doença seja coletivo, suas manifestações ocorrem nos corpos individuais, assim como deve existir a apreensão das necessidades de saúde<sup>(3)</sup>. Estas são determinadas e construídas socialmente; no entanto, só podem ser “apreendidas em sua dimensão individual, expressando uma relação dialética entre o indivíduo e a sociedade”<sup>(4)</sup>.

Assim, refuta-se a ideia de que as necessidades sejam individuais e isoladas, já que surgem a fim de transformar os processos nocivos provenientes das relações de produção e reprodução social<sup>(3)</sup>. Desse modo, as necessidades e suas respostas podem mudar a depender do contexto histórico e social<sup>(5)</sup>.

Apesar da necessidade de saúde ter início no indivíduo, este pode ou não identificá-la e expressá-la no serviço de saúde que, por sua vez, pode decodificar ou não a necessidade, como demanda a ser atendida. No entanto, as ações e práticas dos serviços nem sempre atendem às demandas dos usuários<sup>(6)</sup>.

A escuta das necessidades dos usuários dos serviços de saúde permite aos profissionais ampliar a capacidade de potencializar as intervenções em relação aos problemas trazidos pela população<sup>(6)</sup>. Para tanto, é preciso considerar que os processos de trabalho deveriam tomar como finalidade o atendimento das necessidades de saúde dos grupos sociais constituintes de um território determinado<sup>(7)</sup>.

Os sistemas de saúde reconhecem e legitimam algumas necessidades de saúde em detrimento de outras, podendo até criar novas necessidades. Assim,, “são considerados problemas de saúde somente aquelas necessidades que

alcançam um alto grau de legitimação, normatização e consenso”<sup>(8)</sup>.

O atendimento às necessidades implica a instauração de processos de trabalho que respondam no âmbito dos determinantes e resultados<sup>(9)</sup>.

É importante também que os profissionais tenham clareza do conceito de necessidades de saúde, pois este deve fazer parte do contrato universal dos trabalhadores de saúde<sup>(10)</sup>. A esse respeito, acredita-se que as políticas públicas de saúde devem ser efetuadas na direção do direito universal<sup>(9)</sup>.

Conceituar, identificar e classificar as necessidades de saúde são de grande importância para instrumentalizar os profissionais que atuam na área da Saúde Coletiva a se aproximarem do fenômeno e planejarem suas ações, objetivando a satisfação das necessidades de saúde da população.

As intervenções devem produzir nos sujeitos e no coletivo “graus crescentes de autonomia nos seus ‘modos de andar a vida’”. Isto requer que o usuário confie nos serviços e nos profissionais de saúde<sup>(10)</sup>.

Cabe ressaltar que os profissionais de saúde nem sempre estão preparados para lidar com as necessidades de saúde dos usuários, de modo a promover a autonomia dos sujeitos, evidenciando a relevância de espaços de educação permanente, onde possam discutir e aprofundar seus conhecimentos sobre o tema a fim de melhorar a assistência prestada.

Para viabilizar as discussões sobre as necessidades de saúde e para auxiliar na organização do processo de trabalho, pela construção de novos conhecimentos, faz-se necessário que os profissionais de educação permanente apropriem-se dessa temática.

A Organização Social, cenário deste estudo, utiliza como estratégia de educação permanente a preceptoria médica e de enfermagem. Estes profissionais, vinculados a Educação Permanente, têm como objetivo auxiliar médicos e enfermeiros a aprimorar a assistência individual e coletiva, por meio da reflexão de seu cotidiano, visando a introduzir novas práticas e valorizar os profissionais, oferecendo espaço contínuo de escuta e circulação de informações.

Os preceptores, pela sua função de educadores, podem promover com os profissionais que oferecem assistência direta aos usuários, discussões sobre os conceitos de necessidades de saúde que possibilitem mudanças nas práticas de assistência. Para tanto, faz-se necessário conhecer os conceitos desses profissionais sobre o tema necessidades de saúde.

Considerando que as concepções a respeito das necessidades em saúde são importantes para responder com qualidade e efetividade às demandas da população, este estudo teve como objetivo conhecer o conceito de necessidades em saúde, segundo a percepção dos

preceptores que integram uma equipe de Educação Permanentes na Atenção Primária em Saúde de uma Organização Social.

## MÉTODOS

Estudo qualitativo de caráter exploratório. O cenário do estudo foi a Coordenação da Atenção Primária em Saúde de uma Organização Social, vinculada a uma entidade filantrópica que atua na atenção primária há 13 anos com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) na região Leste do Município de São Paulo. Em 2007, a entidade assinou com a Secretaria Municipal de Saúde, o contrato de gestão da Atenção Básica em uma microrregião que conta com 15 unidades de saúde dotadas da ESF, 12 unidades sem ESF, sendo três destas, Ambulatórios Médico-Assistenciais, um Centro de Especialidades Odontológicas e um Núcleo Integrado de Reabilitação.

Optou-se por desenvolver o estudo em tal instituição, tendo em vista que era o *locus* de trabalho de uma das autoras do presente artigo. Isto facilitou a realização dos procedimentos para a coleta de dados, assim como possibilitou aprofundar a apreensão analítica da realidade local do estudo.

Os sujeitos da pesquisa foram cinco profissionais de saúde, denominados preceptores, vinculados à Educação Permanente da referida Instituição.

Como método operacional para a realização do estudo, foram realizadas entrevistas por meio de roteiro semiestruturado. A primeira parte com questões de identificação e a segunda, com as seguintes questões norteadoras: “Para o (a) senhor (a), o que são necessidades de saúde?” e “O (a) senhor (a) acredita que as necessidades de saúde da população são satisfeitas?”. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pelo próprio pesquisador.

O instrumento continha a possibilidade de resposta, tanto afirmativa como negativa. No primeiro caso, solicitava-se ao sujeito do estudo que detalhasse como considerava que as necessidades eram satisfeitas.

A análise das percepções sobre as necessidades de saúde pautou-se no referencial teórico da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença e os significados sobre a categoria necessidades de saúde que foram analisados com base na Taxonomia proposta por Matsumoto e Cecílio, que organiza as necessidades em quatro grupos<sup>(6-11)</sup>:

- Boas condições de vida: essas necessidades, tanto podem estar relacionadas às necessidades “fisiológicas” como alimentação, saneamento, moradia, como às necessidades mais “complexas”, como segurança e afeto. E podem ser interpretadas sob a ótica da História Natural da Doença ou pela Determinação Social do Processo Saúde-Doença<sup>(6)</sup>.

- Acesso ao consumo de tecnologias de saúde capazes

de melhorar e prolongar a vida: respeito à necessidade de acesso às tecnologias leves (habilidades relacionais), leves-duras (ações programáticas, práticas) e duras relacionadas (equipamentos, infraestrutura). Cabe dizer que a importância hierárquica da oferta e consumo dessas tecnologias dependerá das necessidades reais de cada usuário<sup>(6)</sup>.

- Criação de vínculos afetivos: a formação de vínculos entre usuário e comunidade e a equipe e um profissional compõe esta categoria. Aqui, entende-se vínculo como “encontro de subjetividades, contínua no tempo, pessoal e intransferível”<sup>(6)</sup>.

- Graus crescentes de autonomia: refere-se à necessidade dos sujeitos de terem autonomia, ou seja, ter a possibilidade de reconstrução e ressignificação dos sentidos de sua vida e de sua forma de viver, abrangendo também a luta pela satisfação de suas necessidades<sup>(6)</sup>.

Além das categorias propostas por essa Taxonomia, emergiram da análise dos depoimentos outras duas categorias: a primeira, refere-se às formas de identificação das necessidades de saúde e a segunda, às satisfações destas necessidades.

Em relação aos aspectos éticos, os sujeitos foram convidados a participar voluntariamente do estudo, conforme explicitado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Parecer nº 783/2008).

## RESULTADOS

Fizeram parte da pesquisa, com exceção de um membro da equipe por ser tema das autoras do estudo, todos os integrantes da equipe de preceptoria, composta por quatro indivíduos do sexo feminino e um do sexo masculino, com média de idade de 38 anos, variando entre 25 e 56 anos, a maioria oriunda da Grande São Paulo, sendo três solteiros e dois casados. O tempo de formação variou de 4 a 26 anos. A formação complementar também foi variável, sendo os médicos especializados em Clínica Médica, Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria e as enfermeiras em Saúde da Família e Obstetrícia. Todos estavam na função de preceptores, desde a implantação do serviço, em novembro de 2007, com vínculo empregatício de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho.

Além das quatro categorias analíticas mencionadas anteriormente, foram extraídas, com base nas falas dos sujeitos, outras duas categorias apresentadas a seguir.

### Identificação das necessidades de saúde

As necessidades de saúde podem ser vistas sob a ótica do usuário e do profissional de saúde. Um dos sujeitos apontou esses dois aspectos.

*“(...) ela (a necessidade) pode ser vista sob dois aspectos. É, acho*

que do profissional de saúde e da comunidade, do indivíduo, da pessoa em si sobre a própria vida”. E1

Segundo os sujeitos, as necessidades podem ser identificadas de forma direta ou indireta, pelo próprio profissional no momento do atendimento ou por meio de observações no território.

*“Quando eu vou numa comunidade ou quando eu faço uma visita domiciliar, eu identifico olhando o ambiente onde ela mora, (...), em que ela está inserida, o contexto familiar (...).”* E1

### **Necessidades de boas condições de vida**

Essas necessidades, tanto podem estar relacionadas às necessidades “fisiológicas” como alimentação, saneamento, moradia, como às necessidades mais “complexas”, como segurança e afeto. E podem ser interpretadas sob a ótica da História Natural da Doença ou pela Determinação Social do Processo Saúde Doença<sup>(6)</sup>.

Alguns depoimentos abordaram as necessidades, relacionando-as com as condições socioeconômicas e culturais.

*“Viver bem em relação à vida familiar(...). Bem-estar social, ter uma vida social plena, lazer, trabalho Nesse sentido(...), o convívio social (...), às vezes, o alcoolismo, então isso vai influenciar de alguma forma no tratamento da criança e na saúde final dela.”* E3

Um dos sujeitos enfatizou que as necessidades devem ser apreendidas para além da doença, valorizando a promoção da saúde.

*“(...) quais são as necessidades que ela tem pra que seja promovida saúde na vida dela, e não vou focalizar só na doença (...).”* E1

Outro aspecto apontado foi a importância de que haja a intersecção de vários equipamentos sociais, bem como vontade política para que as necessidades de boas condições de vida sejam satisfeitas.

*“Acho que quem comanda o País deveria dar condição, não dar de presente, mas dar condição para o indivíduo, para que ele possa se desenvolver, ganhar o seu sustento, para poder se cuidar melhor, é isso aí?”* E4

Um dos depoimentos apontou que os aspectos relativos às boas condições de vida são muito importantes, mas ressaltou que sozinhos não são suficientes para se alcançar uma boa saúde, indicando a intersecção com outras necessidades.

*“(...) até naqueles pacientes com um nível social melhor, você vai encontrar aqueles que estão vivendo mal em relação à alimentação, ao lazer, ao tipo de lazer, acho que é isso”.* E3

### **Necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de atenção à saúde que possam melhorar ou prolongar a vida**

Quanto às tecnologias leves, os entrevistados destacaram a comunicação entre profissionais e usuários.

*“o próprio servidor não soube encaminhar direito, ficou (...) falando nas entrelinhas. E o que ele (usuário) queria era uma resposta simples e objetiva: onde eu faço meu exame?”* E5

Em relação às tecnologias leve-duras, as ações programáticas, o conhecimento médico e de enfermagem são citados.

*“(...) quando eu não faço o diagnóstico precoce de tuberculose, quando vejo uma puérpera morrer, quando eu tenho crianças menores de 2 anos ainda com desnutrição, quando eu não tenho um acesso (...) informações corretas (...) eu não estou satisfazendo as necessidades de saúde da população”.* E1

Por fim, apontaram o acesso a medicamentos e equipamentos de saúde como necessidades de tecnologias duras.

*“(...) tendo desde medicamentos, o posto (UBS) existir e os profissionais que estão no posto (...) talvez falem mais unidades de saúde, mais hospitais também ajudariam”.* E2

### **Necessidade de se ter vínculo com um profissional ou equipe**

Em sua fala, um dos sujeitos entendeu que, para identificar as necessidades do usuário e satisfazê-las é preciso que haja empatia e respeito das concepções de vida, isso implica escutar e formar vínculo.

*“Pra mim quando o indivíduo olha a necessidade dele, é diferente de quando eu olho, eu tenho que tentar olhar sob o aspecto de vida todo dela, o contexto sociocultural, familiar que ele vive”.* E1

### **Necessidade de se ter autonomia no modo de andar a vida**

Em suas falas, um dos sujeitos apontou que a falta de acesso aos bens de consumo, materiais, à educação e ao patrimônio cultural podem impedir que o usuário identifique suas necessidades de saúde de modo mais amplo, gerando, muitas vezes, um *déficit* em sua autonomia, estreitando suas possibilidades de “andar a vida”.

*“Não é todo mundo que sabe que tem que se alimentar bem, se movimentar da forma mais adequada, tem que trabalhar direito, tem que buscar, o que é melhor pra si (...).”* E4

### **Satisfação das necessidades de saúde**

A última categoria emergiu após a leitura exaustiva dos

depoimentos e aborda as percepções dos profissionais a respeito do tema do tema.

A maioria dos profissionais de saúde entrevistados indicou o não atendimento às necessidades de saúde dos usuários. Ressaltaram ainda que, a satisfação das necessidades não depende unicamente da vontade dos profissionais, mas também de ações intersetoriais.

*“(...) é porque não adianta você querer fazer, você até quer, e eu vejo que os médicos também querem, o problema é que faltam condições. (...)”*. E4

No entanto, há um único depoimento que contempla a percepção de que boa parte das necessidades são atendidas, sobretudo quanto às necessidades de acesso às tecnologias de saúde.

*“Acho que sim. Agora, aqui em São Paulo? Acho que pelo menos 80% das necessidades de saúde podem ser consideradas atendidas”*. E2

## DISCUSSÃO

### Identificação das necessidades

Os resultados do estudo indicaram que há diferentes formas de identificar as necessidades em saúde, seja pelo ponto de vista do profissional/usuário ou pela técnica de identificação.

Uma das falas dos sujeitos apontou que as necessidades podem ser identificadas não apenas sob o ponto de vista dos profissionais de saúde, mas também dos usuários. No que tange à visão dos profissionais, as necessidades podem ser identificadas pelo contato direto com o usuário e pela observação do território.

As necessidades de saúde podem ser sentidas ou não, a depender das condições sociais e da ideologia vigente, assim como sua expressão, ou seja, a demanda também está relacionada a isso<sup>(4)</sup>. Portanto, se as necessidades e demandas estiverem relacionadas aos contextos sociais e ideológicos, a identificação destas também estará.

Os depoimentos dos sujeitos abordaram o tema necessidades sob óticas distintas, a atomista individual: na qual as necessidades são apenas uma condição que requer um serviço; e a da Determinação Social do Processo Saúde-Doença: que leva em consideração as condições sócioeconômicas, a etnia, gênero, geração “condicionam o desenvolvimento das capacidades de cada pessoa”<sup>(4)</sup>.

Os profissionais devem ser capazes de identificar, quantificar e valorizar as necessidades, além de programar ações para a satisfação das necessidades<sup>(12)</sup>. No entanto, um estudo para validação de instrumento de identificação de necessidades de saúde apontou que as equipes apresentam dificuldades para identificar e sistematizar

ações que respondam às reais necessidades da população<sup>(2)</sup>.

Um dos sujeitos apontou a visita domiciliar como estratégia para identificação das necessidades. Essa atividade permite que os profissionais da equipe identifiquem os “arranjos familiares e problemas de saúde enfrentados”, aproximando-os das reais necessidades de saúde daquela coletividade<sup>(13)</sup>.

Ressalta-se que, não foi mencionada por nenhum dos sujeitos, a utilização de dados epidemiológicos, como meio de identificação das necessidades de saúde.

Os inquéritos epidemiológicos são de grande importância para o reconhecimento do perfil de saúde-doença da população, já que trazem dados quantitativos sobre sua morbimortalidade. No entanto, os dados epidemiológicos não capturam dados subjetivos, como os aspectos relacionados à qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade<sup>(14)</sup>. Portanto, faz-se necessário combinar dados objetivos com subjetivos para uma melhor captura das necessidades de saúde.

Por fim, a ótica dos usuários evidencia-se quando estes expressam suas necessidades ao procurarem os serviços de saúde em busca de acesso às tecnologias que possam melhorar ou prolongar sua vida<sup>(6)</sup>.

### Necessidade de boas condições de vida

A categoria foi abordada amplamente pelos entrevistados, que a consideraram uma importante necessidade de saúde. Os sujeitos listaram as necessidades de boas condições de vida de forma concreta, apontaram as carências de boa alimentação, moradia adequada, saneamento básico, acesso à cultura e lazer, condições adequadas de trabalho, entre outras relacionadas à inserção dos indivíduos no modo de produção capitalista, que determinam o processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade. Além disso, destacaram que os vínculos familiares e sociais, segurança e afeto, também são importantes para alcançar boas condições de vida.

Resultado semelhante foi relatado em estudo realizado em Chapecó- SC, no qual os profissionais de equipes de saúde da família, a princípio transformaram as necessidades de boas condições de vida em demandas concretas como: oferecer vale-transporte para usuários em tratamento contra tuberculose. Posteriormente, esses profissionais perceberam que as necessidades de boas condições de vida eram mais complexas, iam além de uma boa alimentação, educação e moradia, sendo também importante que os indivíduos tivessem segurança, afeto e projetos de vida<sup>(15)</sup>.

Outro dado relevante, verificado em um dos depoimentos, foi que o acesso aos bens materiais não garante sozinho boas condições de vida no que se refere à qualidade da alimentação e de lazer, ou seja, ter condições financeiras não garante qualidade de vida.



Em alguns depoimentos surgiu, de forma explícita ou velada, a sensação de impotência dos profissionais frente às questões de ordem econômica e social. Essa sensação de impotência também foi identificada em estudo que afirma que o sentimento dos profissionais, por não conseguirem realizar tudo, o que seria necessário, está presente no cotidiano, assim como a sensação de se sentirem produtivos quando conseguem articular respostas e ajudar as pessoas<sup>(15)</sup>.

A melhoria das condições de vida jamais ocorrerá plenamente no espaço singular dos serviços, por mais comprometidos e competentes que sejam os profissionais, pois depende da articulação entre os diversos setores sociais<sup>(6)</sup>.

Um dos sujeitos aponta as ações intersetoriais, como estratégia de melhoria nas condições de vida da população. Vários autores<sup>(6,11,14)</sup> defendem essas ações, a fim de que os serviços componham uma rede de ação social articulada para “identificar os problemas e encaminhar soluções integradas”<sup>(14)</sup>.

### **Necessidade de acesso às tecnologias que melhorem e prolonguem a vida**

Essa categoria suscita a discussão sobre as diferenças entre acesso e acessibilidade. Acesso, diz respeito ao uso oportuno dos serviços a fim de obter resultados oportunos, diferente de acessibilidade, que se refere à possibilidade de chegar ao serviço. Isso dependerá de aspectos sociais, culturais e políticos para o fornecimento dos serviços<sup>(16)</sup>.

Todos os sujeitos do estudo consideraram o acesso às tecnologias como necessidade de saúde. Mencionaram os três tipos de categorias: leve, leve-dura e dura<sup>(17)</sup>.

As tecnologias leves dizem respeito aos processos relacionais entre trabalhadores e usuários, englobando os “momentos de fala, escuta e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas observam nesse encontro”<sup>(17)</sup>.

Um dos sujeitos relata ter presenciado uma situação, na qual houve falha na comunicação entre a recepcionista de uma unidade e um usuário, cujas informações foram dadas de forma inadequada e desrespeitosa. Esse relato corrobora com o estudo ao afirmar que os profissionais têm dificuldades para manejar as tecnologias leves, sobretudo no que diz respeito às necessidades de saúde de ordem psíquica<sup>(15)</sup>.

Um estudo sobre a relação médico-paciente realizado em Florianópolis-SC, afirma que os médicos sentem-se despreparados para lidar com questões relacionais, pois sua formação foi centrada nos aspectos clínicos, com poucas oportunidades de desenvolver competências relacionais e compreender os indivíduos pelo contato com os determinantes do processo saúde-doença<sup>(18)</sup>.

As tecnologias leve-duras dizem respeito às formas

de pensar e coordenar as ações de saúde, baseadas em saberes bem estruturados, organizados e protocolados<sup>(17)</sup>. Os sujeitos da pesquisa abordaram a importância dos saberes médicos e de enfermagem, além da execução das ações programáticas.

Na instituição onde este estudo foi realizado, o uso de protocolos e manuais é bastante difundido. A apresentação e a discussão desses protocolos, manuais e das diretrizes institucionais e da Secretaria Municipal de Saúde, são objetos de trabalho dos preceptores, assim como os saberes clínicos.

Quanto às tecnologias duras, são exemplos, a estrutura física dos serviços, os equipamentos e os materiais de consumo<sup>(17)</sup>.

Todos os sujeitos mencionaram as tecnologias duras como necessidades de saúde, abordando a necessidade de oferta de mais serviços, acesso a exames laboratoriais e de imagem, além de medicamentos.

Outro ponto fundamental é a falta de médicos na ESF no Município de São Paulo. Na região de atuação dos preceptores, há uma grande rotatividade desses profissionais, causando dificuldades no atendimento à população e no trabalho educativo dos preceptores que não conseguem avaliar longitudinalmente os resultados de seu trabalho.

Acredita-se que, para se obter qualidade tecnológica no trabalho em saúde, seja necessário que os três tipos de tecnologia se arranjam de modo adequado<sup>(17)</sup>.

Quanto ao vínculo profissional-usuário, este “implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, daquela população (...)”. Tal aspecto é considerado um importante potencializador de transformação das práticas de saúde<sup>(11)</sup>.

### **Necessidade de se ter vínculo com um profissional ou equipe**

A necessidade de vínculo não foi frequente nas falas dos sujeitos do estudo. Um possível motivo para isso é o fato dos preceptores não prestarem assistência direta, sendo os encontros com os usuários esporádicos e breves, dificultando, assim, a construção de vínculo.

Um dos sujeitos apontou a necessidade de ouvir a história do usuário, compreender sua estrutura familiar, enfim, tratá-lo como sujeito a fim de poder captar melhor suas necessidades e dar resposta a elas. Essa escuta requer competências pessoais e habilidades técnicas do profissional no sentido de favorecer que o usuário preserve sua autonomia, auxiliando-o no enfrentamento de situações adversas<sup>(19)</sup>.

### **Necessidade de se ter autonomia no modo de andar a vida**

A categoria diz respeito a possibilidade de fazer

escolhas. Os profissionais têm a possibilidade de apoiar os indivíduos a fazerem escolhas, que melhorem sua capacidade de adaptação e sobrevivência<sup>(11)</sup>. No que se refere a essa necessidade, nas entrevistas foi marcante, a questão do acesso aos bens de consumo como limitante para obtenção de graus crescentes de autonomia.

Esse achado difere de estudo realizado em São Paulo com profissionais do Plano de Atendimento à Saúde, no qual a maioria deles confundiu autonomia com autocuidado, esquecendo-se de valorizar o sujeito em relação à sua subjetividade e historicidade<sup>(11)</sup>. Essa concepção impede a formulação de um projeto terapêutico que estimule o desenvolvimento da autonomia<sup>(11)</sup>.

Um dos sujeitos da pesquisa acredita que seja função do Estado explicitar aos usuários quais são seus direitos, quais são os serviços de saúde disponíveis para satisfação de suas necessidades. No entanto, o Estado vem se mostrando cada vez mais ausente, embora elabore políticas públicas, não as executa, seguindo a tendência neoliberalista de instauração do Estado Mínimo<sup>(7)</sup>.

O conhecimento de direitos e deveres oferece instrumentos, para que os usuários possam ir em busca da satisfação de suas necessidades e desenvolver sua autonomia.

Para o desenvolvimento da autonomia, o usuário depende da combinação de técnicas de apoio individual, como fármacos e acesso à informação, além das de cunho social como qualificação para o trabalho e socialização<sup>(11)</sup>.

Esses aspectos aparecem nos depoimentos dos preceptores, nos quais são ressaltados a importância do acesso à informação, as boas condições de trabalho e o desenvolvimento da cidadania.

### Satisfação das necessidades

Os preceptores acreditam que as necessidades de saúde da população não são atendidas, sobretudo, porque a satisfação das necessidades não depende somente das intenções dos profissionais, mas, sim, de ações políticas e intersetoriais.

Estudo sobre necessidades de saúde em Maringá-PR evidenciou que, no trabalho com famílias, as necessidades mais comuns e mais difíceis de serem resolvidas são as socioeconômicas, pois sua satisfação não depende somente da vontade dos profissionais, mas também de políticas públicas para prevenir a pobreza, o desemprego crônico e a violência<sup>(20)</sup>.

Além disso, aponta que os profissionais de saúde ainda

focalizam seu olhar na doença, no biológico, o que limita o olhar sobre as necessidades e, em consequência, na satisfação das necessidades.

Sabe-se que se os profissionais de saúde não alterarem a forma de se relacionarem com o objeto de trabalho, o sofrimento dos indivíduos e da comunidade, as mudanças organizacionais e financeiras nas instituições não serão suficientes para atender às necessidades da população<sup>(21)</sup>.

Mas, um dos preceptores acredita que, grande parte das necessidades são satisfeitas, referindo-se às necessidades de tecnologias duras como hospitais e unidades de saúde, comparando o Município de São Paulo com outros em que há carência desses equipamentos. Acredita-se que, para que as necessidades sejam atendidas, é preciso que o quadro de médicos seja preenchido.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os preceptores apontaram como formas de identificação das necessidades de saúde a observação do território e o contato direto com o usuário. Foram identificadas as quatro categorias da Taxonomia de Necessidades de Saúde adotadas para análise dos dados, e outras duas emergiram, após a leitura exaustiva dos depoimentos.

Quanto à necessidade de boas condições de vida, esta foi apontada como importante, porém difícil de ser satisfeita, já que está relacionada ao contexto socioeconômico. No que se refere à necessidade de acesso às tecnologias, os preceptores destacaram a comunicação profissional-usuário, os saberes profissionais e o acesso a insumos. Diferente das categorias anteriores, a necessidade de vínculo foi abordada vagamente, talvez pela pouca proximidade que esses profissionais têm com os usuários. Já na categoria que explorou a necessidade de autonomia, evidenciou-se a relação entre as condições socioeconômicas e culturais e o desenvolvimento da autonomia. Por fim, a maioria dos preceptores acredita que as necessidades da população não são atendidas em razão de questões relacionadas às condições de vida, às políticas públicas e ao modo como os profissionais enxergam o processo saúde-doença.

Tendo em vista que os preceptores, dada sua função de educadores, podem influenciar os profissionais que atuam no atendimento direto ao usuário e, uma vez conhecidas suas percepções sobre as necessidades de saúde, acredita-se que seria relevante estudar de que modo esses profissionais abordam o tema necessidades em suas atividades educativas e qual seu impacto no planejamento das ações de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Breilh J. Epidemiologia: economia, política e saúde. São Paulo: HUCITEC; 1999.
2. Hino P, Ciosak SI, Fonseca RMGS, Egry EY. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de
3. Laurell AC. Prólogo da primeira edição. In: Breilh J. Epidemiologia: economia, política e saúde. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista- Fundação para o

- Desenvolvimento da UNESP: HUCITEC; 1999.
4. Stotz EN. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. VER - SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
  5. Campos CMS. Reconhecimento das necessidades de saúde do adolescente. In: Borges ALV, Fujimori E, organizadoras. Enfermagem e saúde do adolescente na atenção básica. Barueri: Manole; 2009.
  6. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2001.
  7. Campos CMS. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde) [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004.
  8. Egry EY, Oliveira MAC, Chaves MMN. Marcos teóricos y conceptuales de las necesidades. In: Egry EY, Hino P, organizadoras. Las necesidades em salud en la perspectiva de la atención básica: guía para investigadores. São Paulo: Dedone; 2009.
  9. Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. Cad Saúde Pública = Rep Public Health. 2005;21(4):1260-8.
  10. Santos RC. Saúde todo dia: uma construção coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.
  11. Matsumoto NF. A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do Município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.
  12. Campos O. O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento de saúde. Rev Saúde Pública = J Public Health. 1969;3(1):79-81.
  13. Barros DG, Chiesa AM. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(N Esp):793-8.
  14. Chiesa AM. Promoção da saúde como eixo estruturante do Programa Saúde da Família. In: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Programa Saúde da Família Nossas crianças: janelas de oportunidades. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Programa Saúde da Família; 2002.
  15. Cecílio LCO, Lima MHJ. Necessidades de saúde das pessoas como eixo para a integração de equipes e a humanização do atendimento na rede básica. In: Pimenta AL. Saúde e humanização: a experiência de Chapecó. São Paulo: Hucitec; 2000.
  16. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad Saúde Pública = Rep Public Health. 2008;24(Supl 1):S100-10.
  17. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. Ciênc Saúde Coletiva. 1999;4(2):305-14.
  18. Grossemann S, Patrício MZ. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para promoção da Educação Médica. Rev Bras Educ Méd. 2004;28(2):99-104.
  19. Moraes GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. Acta Paul Enferm. 2009;22(3):323-7.
  20. Waidman MAP, Elsen I. Famílias e necessidades... revendo estudos. Acta Sci Health Sci. 2004;26(1):147-57.
  21. Merhy EE. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury S. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997.