

---

## ABORDAGEM DE NECESSIDADES DE SAÚDE NO ENCONTRO ASSISTENCIAL DE TRABALHADORES E USUÁRIOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA<sup>1</sup>

Ana Maria Nunes da Silva<sup>2</sup>, Edir Nei Teixeira Mandú<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Produto derivado de dissertação - Abordagem de necessidades de saúde no encontro assistencial na Estratégia Saúde da Família em Cuiabá, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Integrante do projeto - Atuação da enfermagem frente a necessidades emergentes na Estratégia Saúde da Família no município de Cuiabá-MT, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso.

<sup>2</sup> Mestre em Enfermagem. Docente de Enfermagem UFMT, *campus* SINOP. Mato Grosso, Brasil. E-mail: ana-enf@hotmail.com

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFMT, *campus* Cuiabá. Mato Grosso, Brasil. E-mail: enmandu@terra.com.br

**RESUMO:** Estudo qualitativo, descritivo, realizado em Cuiabá, Mato Grosso, Brazil, objetivando analisar como ocorre a abordagem de necessidades de saúde de usuários na prática assistencial da Saúde da Família. Adotou-se uma leitura sócio-histórica da prática e das necessidades de saúde, que valoriza a interface com a intersubjetividade. Realizou-se o estudo em uma unidade, através de observação participante, de entrevista semiestruturada com oito trabalhadores e 17 usuários, e da análise de conteúdo temática do empírico. Em meio ao confronto de lógicas distintas que governam a saúde da família, a abordagem de necessidades é caracterizada por um processo seletivo, viabilizado pela aplicação de diversos contensores, acompanhado de inúmeros tensionamentos e conflitos envolvendo a equipe e/ou usuários, e de estratégias para manter contensões ou ampliar o acesso a respostas a necessidades. Evidencia-se a importância dos sujeitos na afirmação, confrontação e/ou flexibilização do estabelecido, moldando possibilidades de uma abordagem abrangente ou reduzida de necessidades de saúde.

**DESCRIPTORES:** Programa saúde da família. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Trabalho.

---

## APPROACHING HEALTH NEEDS IN THE ASSISTANCE ENCOUNTER OF WORKERS AND USERS ON FAMILY HEALTH

**ABSTRACT:** Qualitative and descriptive study held in Cuiabá, Mato Grosso, Brazil, aiming at analyzing the approaching of health needs from users in the assistance practice of the family health. It was adopted a socio-historical reading about health practice and needs that values interface with intersubjectivity. The present study was performed in one unit through participative observation, semistructured interviews with 8 workers and 17 users, and the analysis of the empirical theme content. Amid the clash of different logics governing the family health, the needs approaching is characterized by a selective process, through the application of various retainers, accompanied by countless tensions and conflicts involving the staff and/or users, and strategies to maintain the control or expand the access for needs answer. This study points out the importance of the subjects in assertion, confrontation and/or relaxation of what it was established, shaping possibilities of a comprehensive or reduced approach about health needs.

**DESCRIPTORS:** Family health program. Health services needs and demands. Work.

---

## ENFOQUE DE LAS NECESIDADES DE SALUD EN EL ENCUENTRO DE ASISTENCIA DE LOS TRABAJADORES Y USUARIOS EN LA SALUD DE LA FAMILIA

**RESUMEN:** Estudio cualitativo, descriptivo, efectuado en Cuiabá, Mato Grosso, con el objetivo de analizar como se procesa el enfoque de necesidades de salud de usuarios en la práctica asistencial de la Salud de la Familia. Se adoptó una lectura social e histórica del proceso de trabajo y de las necesidades de salud, que valora la interrelación con la intersubjetividad. El estudio fue realizado en una unidad, a través de observación participante, entrevista semi-estructurada con 8 trabajadores y 17 usuarios, además de análisis de contenido temático. Se identificó que debido a la confrontación entre lógicas diferentes que gobiernan la salud de la familia, el enfoque de las necesidades es caracterizado por un proceso selectivo, a través de algunos retentores, acompañado por innúmeras tensiones y conflictos involucrando miembros de equipos y/o usuarios, y por enfoques de afirmación de lo establecido y/o de ampliación de la aprensión de las necesidades. El estudio demuestra la importancia de la participación de los individuos en la reafirmación, confrontación y/o flexibilización de lo establecido, moldeando las posibilidades de un enfoque más o menos extenso de necesidades de la salud.

**DESCRIPTORES:** Programa de salud de la familia. Necesidades y demanda de servicios de Salud. Trabajo.

## INTRODUÇÃO

O artigo discute a prática na Saúde da Família (SF), focando a abordagem assistencial de necessidades de saúde de usuários. Estuda-se o modo como trabalhadores apreendem, recusam e/ou respondem a elas no encontro assistencial com usuários e como aqueles percebem a sua participação. Usuários também são considerados em suas expressões de necessidades e modos de pensar a questão.

O processo de trabalho na SF corresponde à prática coletiva transformadora e intencional de seus trabalhadores, dirigida a usuários territorializados e suas necessidades de saúde, apreendidas pelas profissões/trabalhos, mediante conhecimentos, valores, ações, relações e outros meios de caráter organizacional, assistencial e gerencial. Nesse processo, o recorte, a apreensão e a satisfação, ou não, de necessidades, são guiados por finalidades do trabalho priorizadas socialmente.<sup>1</sup>

Essas finalidades são afirmadas, balizadas, ampliadas ou contrapostas na prática, sendo usuários e trabalhadores portadores de interesses, experiências, ideias, valores, autonomias ou não, que configuram condições intersubjetivas do trabalho. Possibilidades, vontades, modos de se colocar e perspectivas éticas integram as finalidades e o próprio trabalho e lhe dão direcionalidade,<sup>2</sup> influenciando na abordagem técnico-social e interacional de necessidades de saúde.

Na SF, tal como em outros trabalhos em saúde, a face tecnológica do processo de transformação/satisfação de necessidades de saúde faz interface com a interação, que compõe uma dimensão relacional, comunicativa e ética, articulada à primeira,<sup>3,4</sup> ou seja, a prática na SF é guiada por uma racionalidade técnica, ao tempo que se efetiva através de importante dimensão intersubjetiva.

A partir de uma visão marxiana,<sup>5,6</sup> a necessidade de saúde de usuários (indivíduos e coletivos) corresponde ao que precisa ser satisfeito para conservar a vida, desenvolver potenciais humanos (dentre eles a capacidade de criar e a liberdade) e superar carecimentos de natureza orgânica, psíquica, sociocultural e físico-ambiental, relativos à existência em contextos concretos. São necessidades que, uma vez satisfeitas, garantem ou produzem saúde, segundo parâmetros sociais e intersubjetivos acerca do que a compõem.<sup>1,7</sup>

A questão, então, exige atenção dos trabalhadores, quanto ao seu modo de apresentação no cotidiano, à maneira como são apreendidas ou

recusadas e à forma como a elas se responde, uma vez que, de acordo com interesses sociais e dadas condições objetivas e subjetivas, muitas delas são ocultadas, restringidas ou negadas, ou criadas e estimuladas, assim como são tratadas sem levar em conta condições que as geram, produzindo mais ou menos saúde.<sup>7</sup>

No presente, a abordagem de necessidades na assistência no setor saúde situa-se no contexto do modelo assistencial biomédico, ao qual se contrapõem novos projetos em construção, a exemplo da SF, proposta nacionalmente para remodelação da atenção básica. No modelo de saúde priorizado, a abordagem de necessidades de saúde tem se mostrado restrita e, em certa medida, descontextualizada. Já com a SF objetiva-se sua apreensão ampla e contextualizada, ainda que o setor saúde/atenção básica não sejam os únicos responsáveis por essa tarefa complexa.

A efetivação desse novo projeto sustenta-se, dentre outros aspectos, na compreensão de que os agentes que compõem o trabalho em saúde, a despeito de se orientarem pela lógica que predomina, podem dialeticamente recriar espaços, meios e processos que alarguem a abordagem das necessidades de saúde.<sup>8</sup>

Considerada a importância do tema, identifica-se que há poucas pesquisas que o abordam especificamente<sup>9-12</sup> e em sua relação com a prática assistencial na SF,<sup>13-16</sup> o que mobiliza o estudo ora apresentado. Através dele busca-se responder à questão: que permanências e possíveis rupturas encontram-se no modo de lidar com necessidades no encontro assistencial da SF, considerando o sentido sócio-histórico e intersubjetivo da prática em saúde?

O estudo tem por objetivo analisar o modo como ocorre o recorte e a incorporação de necessidades de saúde de usuários na prática assistencial da equipe de SF, focando o encontro assistencial entre trabalhadores e usuários e a perspectiva de ambos sobre a questão.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa, realizada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Cuiabá, Mato Grosso,<sup>17</sup> escolhida a partir: 1) da definição institucional acerca da área e serviços prioritários para investimento em ensino e pesquisa; 2) de características da USF, como tempo de implantação superior a 2 anos e existência de equipe de saúde completa; e 3) acesso do pesquisador.

A unidade eleita, por ocasião da coleta de dados, era composta pela equipe mínima exigida pelo Ministério da Saúde. O usuário (indivíduos e famílias) era o morador da área de abrangência nela cadastrado. As ações assistenciais compreendiam basicamente: consulta médica e do enfermeiro, atividades educativas grupais assistemáticas, visitas domiciliares, ações pontuais de vigilância, procedimentos de enfermagem e coleta de exames laboratoriais. O trabalho era centrado em torno da atenção à demanda e das ações estratégicas (pré-natal de risco habitual, controle da hanseníase, tuberculose, diabetes e hipertensão, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, atendimento preventivo do câncer de colo de útero e mama). O fluxo do usuário na unidade desenhava-se via: contato inicial do usuário com a USF; entrada através da recepção e pré-consulta; atendimento médico e/ou de enfermagem e/ou acesso a procedimentos de enfermagem e/ou a medicamentos/outros recursos; agendamento e/ou encaminhamento a outros serviços; e saída/retorno.

A coleta dos dados foi realizada entre abril e junho de 2009, totalizando 190 horas. Utilizou-se as técnicas de observação participante e entrevista semiestruturada.

Observou-se: 1) o contato inicial do usuário com o serviço; 2) a recepção; e 3) a oferta-consumo de procedimentos diversos, pré e pós-consultas, consultas médicas e de enfermagem, ações educativas e visitas domiciliares. Considerou-se: os envolvidos, o mobilizador do encontro, o modo como as relações se estabeleceram, as necessidades de saúde expressas, recusadas e/ou acolhidas, ações de cuidado e reações dos envolvidos. Para registro usou-se o diário de campo. Acompanhou-se em sua atuação: um médico, duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem, uma recepcionista, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), uma digitadora, duas trabalhadoras de serviços gerais e quatro vigilantes. Observou-se a participação dos usuários nos encontros assistenciais acompanhados.

A entrevista abrangeu questões relativas à identificação dos participantes e sobre percepções de necessidades de saúde e sua abordagem pelo serviço. Participaram oito trabalhadores, eleitos por sua atuação central na abordagem das necessidades: duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, dois ACSs, uma recepcionista e um médico. Também participaram 17 usuários que, no encontro com o serviço, apresentaram elementos importantes ao alcance dos objetivos do estudo,

identificados após análise inicial do material colhido via observação.

No tratamento dos dados utilizou-se a análise de conteúdo temática. Procedeu-se leitura vertical, horizontal e transversal do material, a partir do detalhamento da pergunta de pesquisa, considerando as manifestações do usuário, a prática da equipe na abordagem de necessidades, e as interações entre os sujeitos. Respeitou-se os aspectos legais e éticos vigentes exigidos. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/HUJM - Parecer nº 559/7 HUJM/8.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Seleção de necessidades de saúde prévia ao contato do usuário com a SF

Antes de evidenciar como a equipe da SF estudada abordou necessidades no encontro assistencial, cabe destacar a seleção de necessidades prévia ao contato do usuário com a unidade. As ações existentes na SF e/ou em outros serviços de saúde e o modo como o atendimento neles se realizava interferia na interpretação de usuários acerca do que são necessidades de saúde, na identificação e busca da USF e, ainda, na expressão de necessidades nesta.

Esse aspecto identificado é evidenciado em reflexões sobre demanda e uso dos serviços de saúde por usuários, que destacam, dentre outros elementos, as implicações da oferta e qualidade dos serviços de saúde no processo. Em face de atributos das unidades de saúde, estas nem sempre são visualizadas como alternativas a serem acionadas ou nem sempre necessidades de saúde são identificadas ou se transformam em demanda.<sup>18-19</sup>

A demanda expressa a tradução do usuário acerca das necessidades de saúde e do que cabe ao serviço de saúde frente a elas, representando um pedido explícito de atendimento.<sup>20</sup> Esta é modelada por diversos fatores, dentre eles: a oferta e qualidade dos serviços sociais/de saúde; a vivência de uma dada necessidade e suas interferências na vida; questões de ordem sociocultural e subjetiva; e o valor que o usuário atribui ao serviço/procedimento em relação à satisfação de necessidades.<sup>18-19</sup> A busca e o uso do serviço de saúde são condicionados, assim, por vários fatores relacionados: ao contexto; aos usuários e trabalhadores; à política de saúde, organização dos serviços e práticas realizadas; e às próprias necessidades de saúde.

No estudo, identificou-se que certas peculiaridades relativas à organização e qualidade da atenção na SF constituem um importante crivo antecipado da expressão de necessidades de saúde de usuários. Por exemplo, a distância entre a residência do usuário e o serviço; a dificuldade de acessar imediatamente à consulta médica, no momento em que o usuário interpreta que dela necessita; experiências prévias com a equipe vistas como negativas, geralmente associadas à falta de respostas a problemas enfrentados e a conflitos nas relações, dentre outros crivos. Assim, certas características da SF (de acesso, resolubilidade e das interrelações), a partir do julgamento de usuários, constituem-se em promotores antecipados de seleção de necessidades de saúde.

Destaca-se então que, antes mesmo do encontro assistencial se estabelecer, parcela expressiva da população territorializada não buscará resposta a necessidades na SF, ou não as expressará neste espaço, dentre outras razões, em função de características da organização e das relações presentes no trabalho.

### **Seleção de necessidades de saúde no encontro assistencial do usuário com a SF**

Transposto o crivo antecipado, ao buscar o serviço local, o usuário tentará firmar nele o seu ingresso, embora não tenha garantias: primeiro, de que será atendido; segundo, de que uma vez atendido, terá espaço para canalizar suas necessidades tal como vividas/interpretadas; terceiro, de que as suprirá com a participação dos trabalhadores e os recursos ali existentes ou em outros âmbitos.

Destaca-se então que, no encontro assistencial na SF, ocorre nova e importante seletividade de necessidades, relacionada ao que se prioriza e às ações realizadas no serviço para sua abordagem e à intersubjetividade presente em torno da questão.

No que diz respeito aos usuários, frente a necessidades, observou-se que estes portam conhecimentos/informações e valores sobre a SF, ancorados em suas vivências: sobre as ações disponíveis, para que elas servem, se lhes servem e quem pode realizá-las e quando. A partir daí julgam a existência, ou não, da possibilidade de atendimento, aceitam-nas ou não, e expressam, ou não, dadas necessidades nos vários momentos assistenciais – da entrada à saída. Os usuários, portanto, possuem certas representações acerca das necessidades de saúde e de sua abordagem pelos serviços e/ou fora deles. Assim, certas

necessidades são percebidas e expressas, ou não, como “um problema” vivido e como uma questão de saúde a ser enfrentada com ajuda do serviço/trabalhador de saúde, do qual esperam resposta.<sup>18</sup>

Os trabalhadores da SF também portam conhecimentos, sentimentos e valores sobre a questão, igualmente ancorados em suas vivências, e estes, em meio a condições concretas de trabalho, também dão direcionamento ao modo como realizam a abordagem do usuário: o reconhecimento e apreensão de necessidades, o que recusam, e respostas que disponibilizam. Os trabalhadores nem sempre consideram em suas interpretações e ações o que usuários esperam, apresentam e precisam. Em suas ações influi fortemente o que é valorizado na organização assistencial do modelo biomédico, ainda que eles possuam certo “autogoverno”,<sup>8</sup> que propicia a flexibilização do estabelecido e favorece maior aproximação do esperado pelo usuários.

Na unidade analisada, a apresentação de necessidades pelo usuário e a sua abordagem pelos trabalhadores correlacionavam-se imediatamente àquilo que fazia parte do priorizado no serviço e do que ambos julgavam como responsabilidade deste, relativas especialmente ao atendimento médico, uma vez que este ocupava o seu centro. As ações valorizadas na SF – as estratégicas e de atenção médica à demanda – norteavam a busca dos usuários e a sua apresentação de necessidades, assim como orientavam os trabalhadores acerca do que considerariam e através de que alternativas. Assim, as demandas dos usuários foram articuladas habitualmente à consulta médica; e as respostas dos trabalhadores estruturam-se fortemente em torno desta, de sua disponibilidade, de seus limites, e das possibilidades de transpô-los com recursos internos e/ou externos ao serviço.

Quando necessidades dos usuários foram expressas no encontro assistencial, e foram aceitas pela SF para efeito de algum atendimento, isso não significou que todas seriam supridas. Encontrou-se que, por vezes, existiam necessidades que mesmo aderidas ao priorizado na SF (como o atendimento médico) eram recusadas ou, então, geraram novas demandas, novos fluxos e outras medidas dentro da unidade e/ou em outros serviços públicos ou privados.

Identificou-se, ainda, que existiam necessidades que eram quase sempre rejeitadas na abordagem assistencial – relativas à totalidade da vida –, como conflitos familiares, dificuldades de manutenção da renda familiar, sofrimento psicoemocional, dentre outras. Mesmo as expressas por usuários,

sobretudo a trabalhadores com os quais possuíam maior vínculo, ou quando reconhecidas por estes como diretamente relacionadas à saúde-doença.

Nos serviços de saúde sabe-se que historicamente essas necessidades são naturalizadas, desconsideradas e/ou simplesmente atribuídas a outros profissionais e setores.<sup>7</sup> A naturalização dessas necessidades de saúde e de sua abordagem é um fator que propicia a sua seletividade na abordagem assistencial em variados momentos de encontro, a despeito de sua expressão por usuários e do que significam. Essa naturalização caracteriza-se particularmente no não reconhecimento, pelo trabalhador e pela própria população, do significado social e ético das prioridades do serviço e de sua articulação à lógica biomédica presente na SF.

### **Mobilização de contensores, tensionamentos e conflitos na abordagem de necessidades de saúde na SF**

Entre outras razões, em face de certa insuficiência do serviço analisado em relação à oferta da consulta médica, em torno da qual giraram as principais demandas, para contê-las, trabalhadores envolvidos com o processo de entrada e recepção de usuários (vigia, recepcionista, agentes de enfermagem, enfermeira) mobilizaram regras de organização do acesso. Essas regras, ao tempo que o instituíam, funcionavam como contensoras de necessidades de saúde, promovendo sua seleção.

As regras mobilizadas abrangiam certas predefinições, aplicadas comumente: ao momento de marcação da consulta (por exemplo, ser morador da área de abrangência e cadastrado na unidade); à prática de “encaixes” na consulta médica (como apresentar sinais e/ou sintomas como pressão arterial elevada, febre, vômito, diarreia e/ou dor pré-cordial); e em torno de definições geradas a partir do atendimento médico, ainda que não só. Essas regras foram especialmente aplicadas no espaço da recepção, onde se manifestavam permanentes tensionamentos e inúmeros conflitos (decorrentes dos esforços ou ações empreendidas por usuários para romper os limites impostos pelo serviço na abordagem a necessidades de saúde). Nos demais setores, quando a autorização para a consulta médica já está “garantida” ou em situações em que o usuário não a requeria, os tensionamentos e conflitos eram menores ou inexistentes.

A recepção é tradicionalmente considerada um lugar de contínuos tensionamentos e conflitos. De um lado, há o usuário com uma demanda, en-

tendendo que esta deve ser atendida pelo serviço; de outro, há um trabalhador com responsabilidade pelo usuário e por respostas a suas necessidades mas que atua limitado pelas alternativas existentes no serviço.<sup>21</sup> Além disso, na saúde, os sujeitos agem de forma interessada, isto é, segundo projetos e interesses próprios (de um grupo e/ou pessoa). O encontro assistencial, assim, é um lugar de permanente tensão visto que nele há contato de diferentes vontades e interesses nem sempre comuns. Ademais, todos os implicados na produção da saúde, que se colocam em cena, exercem certo governo, dado o grau de liberdade que existe no agir cotidiano em saúde.<sup>8</sup>

No estudo evidenciou-se que os tensionamentos e conflitos encontrados entre trabalhadores e usuários e trabalhadores e trabalhadores comumente relacionaram-se à organização do serviço de SF e ao modo como os envolvidos lidaram com o estabelecido: aos limites relativos ao acesso, à aplicação das normas, à tentativa de rompimento destas e sua flexibilização.

De acordo com usuários, as dificuldades de acesso à SF relacionavam-se a aspectos da sua organização, que se apresentavam de imediato a eles, como: número insuficiente de médicos e de vagas para a consulta; falta de correspondência entre a agenda assistencial da unidade e necessidades imediatas que possuíam; horário de marcação das consultas julgado impróprio; falta de resolubilidade do que entendiam ter como problema ou não garantia da assistência.

Os trabalhadores viam-se cobrados por usuários em razão das dificuldades de acesso, das falhas na continuidade da assistência, da falta de resolubilidade, mas afirmavam fazer sua parte – desenvolver as ações necessárias e possíveis no âmbito da SF. Para eles, as dificuldades se associavam a aspectos de organização do serviço, relativos sobretudo à falta de retaguarda da rede municipal de saúde, como: escassez de médicos especializados na rede; falta do psicólogo e assistente social na equipe de SF; oferta reduzida de assistência odontológica; infraestrutura deficiente do serviço; excessivas exigências burocráticas de trabalho; dentre outras. Além disso, eles consideravam que, na produção final da assistência na SF (e, portanto, na resposta a necessidades), influíam a falta do trabalho em equipe, a passividade dos usuários e a sua pequena participação nas definições do serviço.

Trabalhadores reconheciam a sua participação na abordagem das necessidades, mas, frente aos limites e problemas vivenciados, evidenciavam

especialmente aspectos da organização da prática na SF. Mencionando o componente humano afeito à abordagem de necessidades, julgavam que a rotina intensa de trabalho, que lhes gerava certo sofrimento, dificultava uma prática comprometida com a abordagem abrangente de necessidades de saúde. Eles próprios se viam como sujeitos com necessidades e dependentes de cuidado.

No serviço estudado, foram várias as estratégias que os trabalhadores lançaram mão para manter o estabelecido, para enfrentar/confrontar certas demandas dos usuários e, inclusive, os tensionamentos e conflitos existentes. Entre elas: a afirmação continuada das regras; a negação do exposto por usuários; e medidas julgadoras e/ou punitivas destes. Não raro, viu-se que usuários tentavam, de algum modo, garantir o acesso ao que julgavam necessitar, buscando romper o estabelecido. Frente a isso, por vezes, trabalhadores não só afirmaram regras, mas também emitiram julgamentos sobre o comportamento dos usuários e os responsabilizaram pelos problemas que apresentavam. Assim se justificava o não atendimento de necessidades expressas.

Verificou-se, ainda, uma dupla posição dos trabalhadores frente às regras. Apesar de estas terem sido aplicadas a muitos usuários sem considerar qualquer singularidade, inclusive de forma punitiva para alguns, elas também foram flexibilizadas na dependência de quem era o usuário – de sua proximidade com o trabalhador – e dos julgamentos deste sobre o demandante e suas necessidades.

Assim é que a lógica do trabalho centrada na ação médica associa-se à oferta de certas possibilidades assistenciais, acompanhada por vários modos de contensão de necessidades de saúde e por tensionamento e conflitos presentes em sua abordagem em meio às restrições. Os elementos organizacionais e intersubjetivos presentes na “abertura” a certas necessidades, ou em sua “contensão”, envolvendo usuários e trabalhadores, funcionavam como redes continuamente tensionadas, mais ou menos flexionadas pelos ordenamentos do modelo/serviço e pelas ações/reações-relações dos envolvidos. Essas redes influíam na abertura do serviço/trabalhadores a necessidades e em sua seleção.

### **Estratégias de ampliação da abordagem de necessidades de saúde adotadas por trabalhadores e usuários da SF**

Apesar de a lógica organizacional da SF exercer grande influência sobre a abordagem das

necessidades dos usuários, a forma de participação destes e dos trabalhadores deu especificidade a seus contornos no encontro assistencial. Ou seja, a rede de contensões presente buscou garantir uma abordagem considerada compatível com finalidades sociais priorizadas para a SF, mas esta rede foi mais ou menos flexibilizada a depender dos envolvidos no encontro, das características da interação e dos modos de se colocar dos sujeitos que, mesmo sem romper a lógica médica restritiva, viabilizaram uma abordagem mais ou menos abrangente de necessidades.

Na unidade analisada, trabalhadores que atuavam na entrada e recepção, principalmente a partir de uma sabedoria prática (embora não só), interferiram em alguma medida no “estabelecido” redefinindo e/ou incluindo modos mais favoráveis de lidar com a questão em foco.

No encontro assistencial, mediado por relações, os trabalhadores da SF exercitaram certa autonomia de que dispunham e, com base em elementos diversos, tomaram decisões mais favoráveis ou menos favoráveis à incorporação de necessidades de saúde e a respostas a elas. O projeto de trabalho que tinham em mente, necessidades valorizadas, interrelações efetivas da equipe e desta com usuários, e posicionamentos éticos assumidos também direcionaram o recorte de necessidades aplicado.

Identificou-se situações nas quais o trabalhador visualizava, instigava a expressão e apreendia necessidades de saúde não referidas pelo usuário, ou em que propiciava, através de uma boa interação e abordagem clínica, a expressão de novas necessidades, ainda que ligadas à dimensão biológica. Viu-se também que, para ampliar a abordagem de necessidades, em situações em que a contensão poderia ter sido o caminho usado, trabalhadores lançaram mão da intermediação/negociação junto aos demais trabalhadores locais, em especial o médico e a enfermeira. Também buscaram viabilizar resposta junto à família e comunidade ou a trabalhadores de outros serviços, por vezes através de relações de amizade na medida em que não havia garantia de retaguarda na rede.

Os usuários também lançaram mão de várias estratégias para romper contensões e, consequentemente, ampliar o acesso ao atendimento na SF e a respostas a necessidades de saúde que portavam. Uma delas foi a reafirmação de demandas na recepção, para o que se utilizaram de certas justificativas construídas, de estratégias de convencimento do trabalhador à revisão das

regras, e/ou de medidas de negociação com este, além de pressões diretas ou indiretas. Também aproveitaram diferentes momentos de interação com profissionais para expor novas necessidades interpretadas, diferentes das que geraram o atendimento, o que aconteceu na triagem, no corredor, na pré-consulta, consulta médica e de enfermagem, na visita domiciliar, entre outros espaços.

No espaço da consulta, o usuário também aproveitou o momento para apresentar necessidades daquele que o acompanhava no serviço ou fez solicitação para outros membros da família, numa tentativa de alargamento do acesso à consulta. Por vezes, o usuário não só apresentou queixas, mas demandou certas tecnologias, que se constituem em necessidades, sugerindo ao profissional uma conduta interpretada como a mais adequada para o seu caso.

Identificou-se que o modo de se relacionar e o vínculo estabelecido entre trabalhadores e usuários foram decisivos na responsabilização daqueles com estes e na ampliação da abordagem das necessidades, ou seja, na facilitação do acesso e viabilização de respostas apropriadas a necessidades.

Assim, o estudo permitiu ver que a dimensão tecnológica do trabalho em sua interface com a dimensão do humano ou da interação é essencial à potencialização de uma prática a serviço das necessidades de saúde dos usuários na SF, mais aberta à superação do caráter seletivo nela presente.

### **A prática de intermediação do ACS na ampliação da abordagem de necessidades na SF**

Como importante elo na ampliação da abordagem e resposta a necessidades de saúde de usuários encontrou-se a prática do ACS, que por sua vivência nos territórios de saúde conseguia captar importantes elementos do contexto de vida de seus moradores, que caracterizavam suas necessidades de saúde e as tornavam vivas, canalizando-as ao serviço.

Estudo realizado no município de São Paulo, entre 2007 e 2008, com objetivo de conhecer instrumentos utilizados no reconhecimento das necessidades de saúde da população na SF, aponta o ACS como o principal membro da equipe responsável pelo levantamento de necessidades, tendo como importante instrumento a visita domiciliar,<sup>15</sup> sendo esta vista também por famílias como um importante meio de resposta a necessidades vividas.<sup>22</sup>

No presente estudo, viu-se que o ACS, apesar de também participar de ações contenciosas,

comumente levou ao serviço necessidades que tradicionalmente “não cabem” no estabelecido e, assim, mobilizou a sua “ordem”, também promovendo tensionamentos e conflitos no trabalho da equipe. Ou seja, em sua ação, o ACS participou ativamente da formação e flexibilização das redes que influem na abertura e seleção de necessidades pelo serviço/trabalhadores.

A proximidade com os usuários e seus contextos coloca o ACS em condição de melhor entender outra ordem de necessidade, as relacionadas a condições de vida e processos familiares. Mas isso também o faz sentir-se pressionado a manter um bom vínculo com os usuários e a responder às demandas reveladas/necessidades descobertas, dentre outras razões, por se responsabilizar e/ou se identificar com as situações face sua inserção em condições semelhantes.

A apresentação de necessidades dos usuários pelo ACS ao serviço, com as importantes características do concreto, de acordo com os demais trabalhadores, ampliava o seu contato com as necessidades de saúde e contribuía, em alguma medida, à ampliação da apreensão e respostas a elas.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Corroborando estudos que evidenciam a importância de uma abordagem ampliada de necessidades de saúde, e que discutem o tema considerando sua relação com a dinâmica modular e a dimensão interacional e comunicativa do trabalho em saúde, a presente pesquisa explicita alguns modos de abordagem de necessidades de saúde presentes na SF envolvendo aspectos de organização do serviço e a ação-relação dos sujeitos.

A abordagem de necessidades encontrada revelou um processo de afinamento ou seleção destas, que as restringiu a aspectos biomédicos priorizados, propiciado por diversos contenciosos de necessidades: oferta e sistemática assistencial, normas, rotinas, controles, informações, imposições, dentre outros. Ou seja, a seleção de necessidades ancorou-se em vários elementos de organização do serviço local, que mantinha sua lógica centrada no trabalho médico, e que tinha na ação dos trabalhadores uma importante representação.

Como contrariava interesses e o estabelecido, a seleção de necessidades encaminhada foi acompanhada, por vezes, de importantes tensionamentos e conflitos envolvendo trabalhadores e usuários e/ou trabalhadores entre si, sem que se identificasse a perspectiva de direitos que perpassa

a questão. Esses conflitos mostraram-se reveladores, em alguma medida, de um papel mais ativo dos sujeitos frente aos limites existentes.

As reações encontradas entre usuários apresentaram-se como meios importantes à ampliação da abordagem de necessidades pelo serviço, pois resultaram, em certas situações, em rompimento das contensões estabelecidas. Os trabalhadores também foram agentes importantes nessa ampliação, mediante: abordagem oportuna de necessidades, atenção a necessidades não expressas, intermediação de respostas junto a outros trabalhadores, setores e comunidade, e via flexibilização das normas de acesso ao serviço, especialmente mobilizadas por maior vínculo/responsabilização com os usuários e reconhecimento de sua realidade de vida.

Com este estudo identifica-se que, apesar da conformação predominante do processo de trabalho presente na SF, que implica em um modo seletivo de lidar com necessidades de saúde, usuários e trabalhadores também empreendem, nele, características subjetivas individuais e de grupo, atuando como sujeitos no processo, que resultam em certa ampliação na apreensão e resposta a necessidades de saúde. Isso é coerente com uma perspectiva assistencial cuidadora, essencial à desconstrução do modelo centrado na prática médica e à produção da saúde e autonomia, que requer o fortalecimento do poder transformador dos indivíduos e das potencialidades presentes no encontro relacional assistencial. Para valorizá-la, é importante reconhecer o potencial e investir em estratégias concretas dos sujeitos que ampliam a abordagem de necessidades. As estratégias limitadoras adotadas devem ser reconhecidas, situadas em seu sentido social e ideológico e ressignificadas, sobretudo pelos trabalhadores, mediante ações de educação permanente.

Novos estudos sobre a dimensão relacional com foco na prática em SF devem ser desenvolvidos, por sua importância e potencialidade, tendo em vista ampliar a compreensão da intersubjetividade que permeia a abordagem das necessidades de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. São Paulo (SP): Cefor; 1992.
2. Titoni J. Subjetividade e trabalho. Porto Alegre (RS): Ortiz; 1994.
3. Peduzzi M, Carvalho BG, Mandu ENT, Souza GC, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis*. 2011 Abr-Jun; 21(2):629-46.
4. Carvalho BG, Peduzzi M, Mandu ENT, Ayres JRCM. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. *Rev Latino-am. Enfermagem*. 2012 Jan-Fev; 20(1):19-26.
5. Fromm E. Conceito marxista do homem. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Zahar, 1967.
6. Heller A, Fehér F. A condição política pós-moderna. Rio de Janeiro (RJ): Civilização Brasileira; 1998.
7. Mandú ENT, Almeida MCP. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 1999 Jan-Mar; 52(1):54-66.
8. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde*. São Paulo (SP): Hucitec; 1997. p.71-112.
9. Stotz EN. Necessidades de saúde: mediações de um conceito [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 1991.
10. 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 (SP): Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem; 1999.
11. Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad Saúde Pública*. 2005 Jul-Ago; 21(4):1260-8.
12. Franco FA, Hino P, Nichiata LYI, Bertolozzi MR. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2012 Mar; 16(1):157-62.
13. Moraes CP. Necessidades de saúde e trabalho das equipes de saúde da família: a dialética do reconhecimento e enfrentamento [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem; 2008.
14. Nery AA, Mishima SM. Necessidades de saúde na estratégia de saúde da família, no município de Jequié-BA: em busca de uma tradução. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2007 Jan-Mar; 2(8):314-5.
15. Egry EY, Oliveira MAC, Ciosak SI, Maeda ST, Barrientos DMS, Fonseca RMGS, et al. Instrumento de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 Dez; 43(Esp2):1181-6.
16. Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva AMN. Necessidades de vida de famílias: desafios para a estratégia saúde da família. *Cienc Cuid Saúde*. 2009 Out-Dez; 8(4):548-55.

17. Silva AM. Abordagem de necessidades de saúde no encontro assistencial na Estratégia Saúde da Família em Cuiabá-MT [dissertação]. Cuiabá (MT): Universidade Federal de Mato Grosso. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2010.
18. Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC/UERJ: ABRASCO; 2005. p.181-93.
19. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003 Jan-Fev; 19(1):27-34.
20. 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 (RJ): IMS/UERJ; 2001. p.113-26.
21. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007 Fev; 23(2):331-40.
22. Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2008 Jan-Mar; 17(1):131-40.