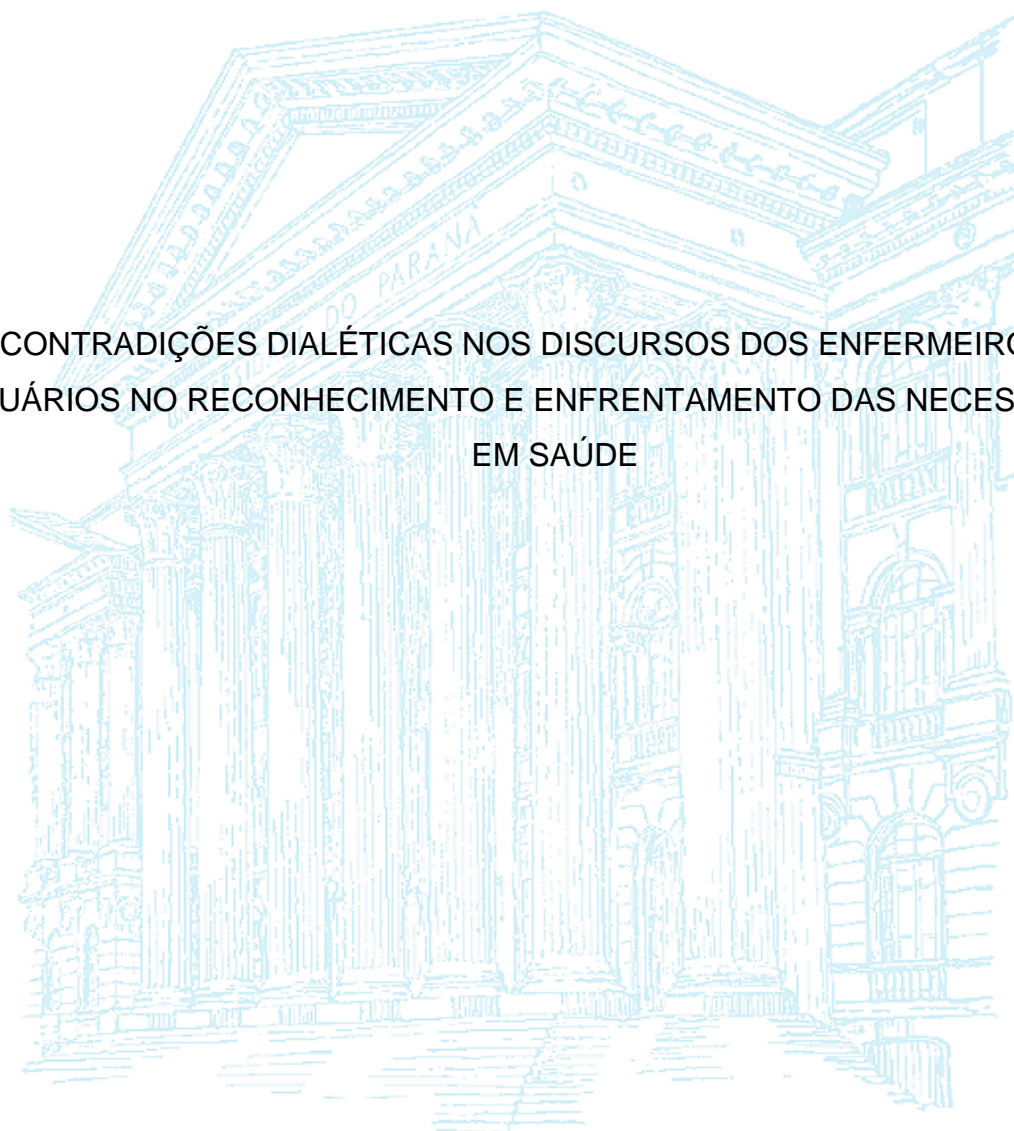


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

BRUNA KRUCZEWSKI

AS CONTRADIÇÕES DIALÉTICAS NOS DISCURSOS DOS ENFERMEIROS E DOS
USUÁRIOS NO RECONHECIMENTO E ENFRENTAMENTO DAS NECESSIDADES
EM SAÚDE



CURITIBA
2014

BRUNA KRUCZEWSKI

AS CONTRADIÇÕES DIALÉTICAS NOS DISCURSOS DOS ENFERMEIROS E
DOS USUÁRIOS NO RECONHECIMENTO E ENFRENTAMENTO DAS
NECESSIDADES EM SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.
Orientadora: Dra. Maria Marta Nolasco Chaves.

CURITIBA
2014

Kruczewski, Bruna

As contradições dialéticas nos discursos dos enfermeiros e dos usuários no reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde / Bruna Kruczewski – Curitiba, 2014.

82 f. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Maria Marta Nolasco Chaves

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2014.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Necessidades em saúde. 3. Saúde coletiva. 4. Atenção primária à saúde. I. Chaves, Maria Marta Nolasco. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 610.734

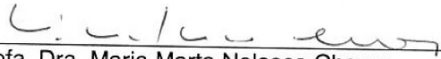
TERMO DE APROVAÇÃO

BRUNA KRUCZEWSKI


AS CONTRADIÇÕES DIALÉTICAS NOS DISCURSOS DOS ENFERMEIROS E DOS
USUÁRIOS NO RECONHECIMENTO E ENFRENTAMENTO DAS
NECESSIDADES EM SAÚDE

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

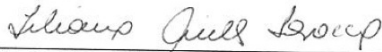
Orientadora:



Profa. Dra. Maria Marta Nolasco Chaves
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR



Profa. Dra. Silvia do Amaral Rigon
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR



Profa. Dra. Liliانا Müller Larocca
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 24 de abril de 2014.

*Dedico esse trabalho à minha família por todos os esforços
empreendidos na minha educação.*

AGRADECIMENTOS

A prof. Dra. Maria Marta Nolasco Chaves por sua inesgotável paciência e compreensão diante dos momentos difíceis, pelo apoio emocional e pedagógico sempre presente, pela amizade, confiança, incentivo e pela orientação e dedicação para o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, em especial à comissão pedagógica pela compreensão, pelo apoio, e, sobretudo pelo compromisso com a formação e qualificação dos profissionais de enfermagem.

À Secretaria Municipal de Saúde do município de São José dos Pinhais pelo apoio a realização do estudo e aos colegas de trabalho, pela compreensão e colaboração nos meus momentos de estudo.

Aos professores que colaboraram para a qualificação deste trabalho: professora Dra. Emiko Egry, professora Dra. Liliana Muller Larocca, professora Lillian Daisy Gonçalves Wolff e professora Dra. Silvia do Amaral Rigon.

Aos membros do grupo de pesquisa NESCE, aos professores Dra. Sandra Mara Alessi e Me. Paulo Perna pelos ensinamentos, e em especial à Dra. Laura Christina Macedo, pela motivação constante na execução do trabalho, pela amizade e direcionamento pelos caminhos corretos.

Aos amigos, Rosane, Ricardo, Eli, Jades, Helaine, Heloísa, Hellen, Flaviane, Leni, Karine e Janaína, por me transmitirem força e carinho.

RESUMO

Estudo exploratório com abordagem qualitativa, ancorado na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva, com objetivo de identificar as contradições dialéticas no discurso dos enfermeiros e usuários no reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde. O local do estudo foi uma Regional de Saúde de um município da Região Metropolitana de Curitiba - PR. Os participantes da pesquisa foram 11 enfermeiros que trabalhavam nas Unidades de Saúde e 11 usuários atendidos nos casos relatados pelos enfermeiros do estudo. Os dados foram coletados por meio de roteiro de entrevista semiestruturada, individual, no período de julho a outubro de 2013. Para análise utilizou-se Análise de Conteúdo de Bardin (2009). As categorias de análise definidas foram: 1. As necessidades em saúde dos usuários ou das famílias reconhecidas por enfermeiros; 2. As necessidades em saúde dos usuários ou das famílias enfrentadas pelos enfermeiros; 3. As necessidades em saúde percebidas por usuários e famílias; e 4. O enfrentamento das necessidades em saúde pelos usuários e seus familiares. As categorias empíricas encontradas nos resultados foram: 1. Reconhecimento das necessidades segundo a compreensão do enfermeiro sobre o adoecimento; 2. A tecnologia e insumos necessários para a assistência de enfermagem; 3. Potencialidades e fragilidades no trabalho local para reconhecer necessidades em saúde; 4. Reconhecimento de processos de desgastes nas condições de vida dos usuários e famílias; 5. Necessidades em saúde percebidas na historicidade do processo saúde-doença; 6. Adoção de medidas e cuidados para o enfrentamento das necessidades em saúde; 7. Mobilização e limitação de recursos para o enfrentamento das necessidades dos usuários; 8. As orientações técnicas para o enfrentamento das necessidades em saúde versus as demandas sociais e o modo de viver dos usuários; 9. A aceitação dos usuários para utilizar as orientações no enfrentamento das suas necessidades em saúde. Conclui-se que a contradição dialética entre os discursos dos dois sujeitos (enfermeiros e usuários) estão em pólos opostos da mesma realidade. A enfermagem reconhece necessidade em saúde como identificar agravos a partir de sinais e sintomas ou na constância de carecimento de recursos para o cuidado de enfermagem ou nas condições precárias de vida, olhando a realidade a partir da perspectiva técnica científica desenvolvida na sua formação, o usuário, ao discorrer sobre as suas necessidades em saúde se remeteu às suas histórias de vida, olhando a realidade a partir da sua vivência com todas as experiências que lhe são possíveis, no seu cotidiano busca solução para conseguir atender as necessidades que percebe serem imprescindíveis para a continuidade da sua vida. Afirmou-se como um ser integral, histórico e social.

Palavras-Chave: Enfermagem. Necessidades em saúde. Saúde coletiva. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Exploratory study with a qualitative approach, based on Nursing Praxical Intervention Theory of Collective Health, with the objective of identifying the dialectical contradictions on the speech of nurses and users recognition and facing of their health needs. The place where these studies took place were on a Regional Health Center on a town of the metropolitan region of Curitiba- PR. The participant of the research were eleven nurses who worked on public healthcare and eleven users attended by the nurses of the study. The data was collected by a scripted semi structured individual interview, in a period between July and October of 2013. For the analysis of the data, the method used was the Analysis of Content of Bardin (2009). The analysis categories were defined as: 1. the health necessities of users or families identified by the nurses; 2. the health needs of users or families faced by the nurses; 3. the health needs perceived by users and families; and 4. The facing of health necessities of users and their families. The empirical categories founded were: 1. the recognition of necessities by the comprehension of the nurses about illness; 2. the technologies and necessary inputs for nursing assistance; 3. Potentialities and frailties in local work to recognize health needs; 4. Reconnaissance of the processes of wearing on the life conditions of the users and their families; 5. Health necessities perceived on the historicity on an health- illness process; 6. Adoption of measures and cares to face the health necessities; 7. mobilization and limitations of the resources to the facing of the necessities of the users; 8. The technical orientations to the facing of health necessities versus the social demands and the way of living of the users; 9. The acceptance of the users to utilize the orientation on facing their health needs. Concludes that the dialectical contradiction of speeches of both subjects (nurses and users) are on opposite poles of the same reality. While the nursing recognizes health necessities by identifying harms by the signs and symptoms or the constancy of privations resources to the nursing cares or on precarious life conditions, looking at reality from the perspective developed scientific technique in their training, the user, on discoursing about their health needs referred to their life's histories, looking from the reality of their experience with all the experiences that are possible to him in their daily search solution to be able to meet the needs that are essential to realize the continuity of life. Affirming himself as a whole being, historical and social.

Keywords: Nursing. Health necessities. Public health. Primary healthcare.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - CATEGORIA DIMENSIONAL: INTER-RELAÇÃO ENTRE ESTRUTURAL, O PARTICULAR E O SINGULAR.....	35
FIGURA 2 - CONTRADIÇÃO DIALÉTICA NO RECONHECIMENTO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE.....	63
FIGURA 3 - CONTRADIÇÃO DIALÉTICA NO ENFRENTAMENTO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Atenção Básica	AB
Atenção Primária à Saúde	APS
Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas	CAPSad
Dados do Sistema Único de Saúde	DATASUS
Estratégia Saúde da Família	ESF
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	IBGE
Instituto Nacional de Seguridade Social	INSS
Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social	IPARDES
Materialismo Histórico Dialético	MHD
Ministério da Saúde	MS
Programa Agentes comunitários de Saúde	PACS
Região Metropolitana de Curitiba	RMC
São José dos Pinhais	SJP
Secretaria Municipal de Saúde	SMS
Sistema Único de Saúde	SUS
Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva	TIPESC
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	TCLE
Unidade de Saúde	US

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	13
2.1 GERAL.....	13
2.2 ESPECÍFICOS.....	13
3 BASE TEÓRICA E PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS	14
3.1 NECESSIDADES EM SAÚDE	14
3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).....	17
3.3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	18
3.4 TERRITÓRIO – RELAÇÕES DA COMUNIDADE.....	22
3.5 PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.....	26
3.6 EPIDEMIOLOGIA	30
4 MÉTODO	34
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	34
4.2 LOCAL DE ESTUDO	36
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	37
4.4 COLETA DOS DADOS	38
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	38
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	39
5 RESULTADOS	40
5.1 AS NECESSIDADES EM SAÚDE DOS USUÁRIOS OU DAS FAMÍLIAS, RECONHECIDAS POR ENFERMEIROS	40
5.1.1 <i>Subcategoria - reconhecimento das necessidades segundo a compreensão do enfermeiro sobre o adoecimento, a tecnologia e insumos necessários para a assistência de enfermagem.</i>	41
5.1.2 <i>Subcategoria – potencialidades e fragilidades no trabalho local para reconhecer necessidades em saúde.....</i>	41
5.1.3 <i>Subcategoria – reconhecimento de processos de desgastes nas condições de vida dos usuários e famílias</i>	43

5.2 AS NECESSIDADES EM SAÚDE DOS USÁRIOS OU DAS FAMÍLIAS, ENFRENTADAS POR ENFERMEIROS	44
5.3 AS NECESSIDADES EM SAÚDE PERCEBIDAS POR USUÁRIOS OU FAMILIARES	46
5.3.1 Subcategoria – necessidades em saúde percebidas na historicidade do processo saúde-doença	46
5.4 O ENFRENTAMENTO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE POR USUÁRIOS OU SEUS FAMILIARES.....	48
5.4.1 Subcategoria: adoção de medidas e cuidados para o enfrentamento das necessidades em saúde.....	48
5.4.2 Subcategoria – mobilização e limitação de recursos para o enfrentamento das necessidades dos usuários	50
5.4.3 Subcategoria – as orientações técnicas para o enfrentamento das necessidades em saúde versus as demandas sociais e o modo de viver dos usuários.	52
5.4.4 Subcategoria - a aceitação do usuários para utilizar as orientações no enfrentamento das suas necessidades em saúde	55
6. ANÁLISE	56
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES	76
ANEXOS.....	81

1 INTRODUÇÃO

O Poder Constituinte originário, ao elaborar a Constituição Federal atendendo a um direito básico e fundamental de toda a população, estabeleceu um comando de forma expressa no artigo 196 que a “saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 1988). Na Constituição Brasileira, ao estabelecer no artigo 200 o Sistema Único de Saúde¹, inscreveram-se determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, reconhecendo que saúde não se aprimora somente com atenção à doença, visto que, o adoecimento é o resultado de um processo de desgastes, expresso no corpo (BRASIL, 2001; BREILH, 2006; CAMPOS, BATAIERO, 2007).

Heller (1986) apresenta o conceito de necessidades a partir da visão marxista e faz distinção entre necessidades naturais e sociais. A autora distingue dois tipos de necessidades: as *necessidades naturais*, enquanto sinônimo de necessidades físicas e necessidades necessárias à vida humana; e as necessidades socialmente determinadas ou *necessidades sociais*. Heller defende que as necessidades consideradas *existenciais, naturais ou necessárias* atendem à manutenção da vida dos indivíduos em uma determinada sociedade em um tempo histórico e para terem as suas necessidades atendidas, os sujeitos que pertencem a uma determinada classe social em uma sociedade capitalista precisam se inserir na produção por meio do trabalho, para assim, garantir a sua reprodução social.

O indivíduo é parte da sociedade, assim como esta é parte do indivíduo. Numa sociedade capitalista, a população precisa garantir a sua inserção nos meios de produção para viabilizar a sua reprodução social, visando assim, o acesso aos bens e serviços (MARX, 1985; BREILH, 2006).

Conforme as possibilidades materiais do sujeito, este terá mais ou menos acesso às condições necessárias para a satisfação das necessidades existenciais e sociais e dessa razão, se desdobrar os processos de proteção e de desgaste na vida do sujeito (BREILH, 2006; HELLER, 1986). Desse modo a população poderá apresentar diferentes expressões de processo de saúde-doença, e, portanto, diferentes necessidades.

¹ Regulamentado pelas Leis nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

Com base nessa reflexão, atender às necessidades em saúde significa considerar e intervir nos processos determinantes do processo saúde-doença e favorecer os processos protetores para a promoção, manutenção, e recuperação da saúde (BREILH, 2006; MERHY, 2003).

Estudos nacionais e estrangeiros que discutem a temática “necessidades em saúde” apontam a dificuldade em se transformar a realidade objetiva, por isso têm-se produzido pesquisas que buscam discutir, sobretudo, o atendimento ou enfrentamento das necessidades da população. Um grande desafio é reconhecer as necessidades em saúde nas três dimensões da realidade: singular, particular e estrutural, assim como as determinações do processo saúde-doença que estão presentes em determinada realidade. Além disso, é preciso atender satisfatoriamente às necessidades captadas nas dimensões que conformam esta realidade, para que este indivíduo tenha potencial para a vida nessa sociedade (COWLEY, MITCHESON, HOUSTON, 2004; EGRY, 1996; EGRY *et al*, 2008).

Nos processos de trabalho na área de saúde coletiva, principalmente por meio da Atenção Primária, o trabalhador de saúde tem a chance de se aproximar da complexa realidade das famílias e usuários, o que lhe permite refletir sobre a determinação do processo saúde-doença, bem como sobre as possibilidades de intervenção que transformem a realidade encontrada. Entretanto, em uma sociedade capitalista, a intervenção em saúde realizada pelos profissionais, assim como a organização dos serviços está fragmentada e desarticulada de um referencial crítico e emancipatório, e, portanto, distante da população e daquilo que é percebido por ela como necessidade em saúde, conforme apontado em vários estudos (COWLEY, MITCHESON, HOUSTON, 2004; CHAVES, 2010).

A falta de um diálogo construtivo entre equipes de saúde e usuários limita as reflexões e intervenções nas necessidades em saúde, sendo um grande desafio para se estabelecer um serviço de saúde satisfatório e de qualidade, que vai ao encontro dos anseios da população.

No artigo “A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS”, Cohn (2009) afirma que as práticas de saúde têm se afastado dos pressupostos da Reforma Sanitária, e, um dos principais pressupostos era atender às necessidades da população por meio de intervenções norteadas para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em

saúde, articuladas aos princípios de universalidade, e integralidade, preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (NAKAMURA, *et al*, 2009). Portanto, outro grande desafio é a qualificação profissional, necessária para se viabilizar práticas sustentadas por estes pressupostos.

A Enfermagem conta com uma metodologia específica para se trabalhar em Saúde Coletiva, fundamentada no Materialismo Histórico Dialético (MHD) – a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) (EGRY, 1996), que propõe uma prática profissional consciente, com potencial para a intervenção e transformação da realidade objetiva.

A experiência com esta metodologia, na vivência de residente, enfermeira do Programa Multiprofissional de Residência em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná, ajudou-me a compreender as necessidades em saúde das famílias de um determinado território, e a sua relação com os processos históricos, econômicos e sociais, os quais eram percebidos na expressão da forma de viver, de ser saudável, de adoecer e morrer nessa população.

A reflexão construída naquele momento permitiu perceber os desdobramentos dos processos protetores e de desgastes na vida dos moradores de um município da Região Metropolitana de Curitiba-PR e ainda compreender que estes processos eram a expressão do coletivo ali estudado, portanto, determinantes do processo saúde-doença nos indivíduos, nas famílias e na comunidade.

Para Chaves (2010) faz-se necessário um modelo de saúde menos focado na lógica da programação e mais voltado para as necessidades expressas pela população, o que resgataria o compromisso do Estado para com a saúde da população, considerando o direito à saúde de cada cidadão. As necessidades em saúde da população só serão atendidas se o poder público, por meio do SUS, conseguisse identificar as reais necessidades apontadas pela população e organizando o serviço de saúde com o objetivo de atendê-las.

Acredita-se que uma forma de superar a lógica programática seja a partir da construção de um processo de trabalho em Saúde Coletiva, na qual, por meio do diálogo, o trabalhador em saúde considere a percepção do usuário, da família e da comunidade no reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde. Essa aproximação traz ao técnico que produz o cuidado à saúde a possibilidade de realizar intervenções que vão

além das necessidades existenciais do indivíduo. Dessa forma, poderão ser implementadas intervenções mais resolutivas, que colaborem para a transformação da realidade e para a construção de um projeto de intervenção que identifique os processos protetores e de desgaste presentes na vida daquele indivíduo, daquela família ou daquela comunidade que está sendo cuidada.

Sendo assim, nesta dissertação buscou-se identificar as contradições dialéticas no discurso dos profissionais de saúde e usuários no reconhecimento e enfrentamento de necessidades em saúde, com a finalidade de apontar possíveis mudanças que contribuiriam para a superação das contradições evidenciadas.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Identificar as contradições dialéticas no discurso dos enfermeiros e usuários no reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Conhecer as necessidades em saúde, de usuário e suas famílias, reconhecidas e enfrentadas por enfermeiros em um determinado território;
- ✓ Conhecer as necessidades em saúde de usuários e suas famílias percebidas e enfrentadas por usuários de um determinado território.

3 BASE TEÓRICA E PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS

Com o propósito de identificar as contradições dialéticas presentes nos discursos de enfermeiros e usuários, no reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde, buscou-se construir um referencial que permitisse compreender a realidade nas suas diferentes dimensões, como propõe a base filosófica adotada neste estudo, Materialismo Histórico e Dialético o MHD.

Sobre o MHD Fonseca; Egry; Bertolozzi (2006, p.19) afirmam que:

[...] esse referencial filosófico como marco teórico de interpretação é preciso entendê-lo como Teoria do conhecimento que, a partir de uma determinada visão de mundo, tem como meta não só interpretar como transformar a realidade, dado que esta corrente filosófica diferentemente das demais existentes até o seu surgimento, reconhece o papel político do Homem enquanto agente social de transformação da realidade e não como mero receptor das influências sociais.

3.1 NECESSIDADES EM SAÚDE

Existe a tendência de relacionar a necessidade de saúde com o uso de um determinado serviço, em especial a consulta médica, o que evidencia uma visão de necessidade voltada à doença e a expressão biológica do indivíduo. Assim, na verdade, o que existe é o atendimento a uma demanda, que é diferente de necessidade, pois a demanda se trata, na realidade, da necessidade modelada pela oferta que os serviços determinam (SCHRAIBER; MENDES GONÇALVES, 1996; CECÍLIO, 2001).

No entanto, necessidade de saúde significa muito mais que o consumo de um determinado serviço de saúde. De acordo com Marx e Engels (1993) necessidade é tudo aquilo que precisa ser satisfeito para que a vida continue. Assim um determinado processo de trabalho é gerado a partir de uma necessidade existente, o que irá gerar o produto que responde aquela necessidade que será ou ampliada ou novamente requisitada, dependendo do bem/produto que foi criado para supri-la. Essa produção de uma nova necessidade se transforma em um fato histórico, funciona como a força motora para reprodução do homem em um determinado tempo histórico em uma sociedade.

Por meio do trabalho, a necessidade deixa de ter cunho apenas natural, e recebe um caráter sócio-histórico. O ser humano não quer apenas se alimentar, mas “se alimentar de certo modo, comendo coisas específicas de uma maneira específica”

(MENDES GONÇALVES, 1992, p. 19). Esse exemplo de necessidade humana pode ser chamado de “necessidades necessárias”, e tem um caráter individual. Existem ainda as *necessidades sociais*, que não se resumem a simples soma das “necessidades necessárias” de todos os indivíduos de uma sociedade, mas se trata de algo maior, uma necessidade geral que esta além dos indivíduos e de suas necessidades pessoais, sendo chamada de “necessidades sociais” (HELLER, 1986).

No sistema capitalista a necessidade social se impõem ideologicamente através de uma minoria, que consegue fazer com que suas necessidades individuais sejam respondidas em detrimento das necessidades sociais, isto é, de uma necessidade que seria de todos. Dessa forma se ignora a existência de desigualdades sociais e que os carecimentos de uma parte da sociedade não são o da totalidade da população, o que privilegia a acumulação do capital de um segmento social. Ocorre assim uma visão “economicista” das necessidades humanas ligada ao acúmulo de lucro e de crescimento econômico, com (o mercado) sendo mecanismo mais eficaz para satisfazer essas carências (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

Em uma economia de mercado, o volume de bens e serviços está na dependência da renda individual e da importância relativa atribuída aos mesmos, não sendo consideradas as necessidades de todos os indivíduos, na verdade apenas aqueles com capacidade de compra participarão do mercado, dando a origem a uma demanda e consequentemente a uma oferta (CAMPOS, 1989).

Nessa ótica de necessidade vinculada ao consumo, a necessidade de saúde também é vista como uma mercadoria. Vale observar que, além da transformação do “bem saúde” em mercadoria, essa concepção leva a entender a condição de saúde como uma opção individual de responsabilidade de cada um, o que contribui para não responsabilização do Estado sobre a saúde da sua população, e ainda, reforça estruturação de uma sociedade individualista conforme preconiza o modelo de estado neoliberal.

Por meio da imposição político ideológica da ideia de igualdade e sua repercussão para a constituição de uma cidadania de fato, sobre as pautas individuais de consumo, as necessidades necessárias são subjulgadas pelas necessidades sociais, mesmo pelos indivíduos que não se careciam, de fato, dessa necessidade social. Surge a partir disso, uma alienação dos cidadãos não conscientes de sua cidadania, uma naturalização das

demandas sem razão social, e com isso uma coisificação das necessidades (SCHRAIBER; MENDES GONÇALVES, 1996).

Alguns autores que estudam as necessidades humanas tem se dedicado a romper com a visão reducionista, dentro dos serviços de saúde que resume a resposta ao carecimento de uma pessoa ou população ao atendimento fisiopatológico individual, sem interferir nos determinantes deste processo (CECÍLIO, 2001; CAMPOS; MISHIMA, 2005).

Cecílio (2001) propõe quatro eixos que comporiam as necessidades de saúde: ter boas condições de vida; ter acesso ao consumo de tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; a criação de vínculos afetivos entre o usuário e a equipe; ter condições de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida, que permite resignificar o seu modo de viver.

Campos e Mishima (2005) realizaram um estudo sobre necessidades em saúde utilizando categorias marxistas e, portanto, estão próximas com o proposto neste presente estudo. Definem as necessidades em saúde em três eixos: a) Necessidade de presença do estado (garantias dos direitos); b) Necessidade de produção social (base do processo saúde-doença); c) Necessidade de participação política como instância que permite o embate, a discussão e a dialética na tentativa de garantia de direitos. O uso das necessidades em saúde a partir dessas categorias permite um diálogo com a epidemiologia crítica, pois partem de um mesmo referencial teórico e epistemológico. Dessa forma, as práticas em saúde poderão responder as necessidades ampliadas que estão relacionadas com os determinantes do processo saúde-doença.

Nesse sentido diferentes classes sociais terão diferentes necessidades de reprodução social. De acordo com os pressupostos da determinação social do processo saúde-doença, a organização social desigual determina os diferentes perfis epidemiológicos na população. Conseguir reconhecer essas diferentes necessidades nos indivíduos que vivem em um determinado território, deve ser um dos objetivos do trabalho em saúde (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A forma como os serviços de saúde foram organizados ao longo do tempo expressa a concepção de política pública vigente em diferentes momentos históricos no Brasil.

A aceleração do processo de industrialização e o êxodo rural a partir de 1950 estabeleceram como pólo de economia os centros urbanos, que passaram a atrair um conjunto de trabalhadores em busca da reprodução social. Era necessário o atendimento à saúde desses trabalhadores, com a finalidade de manter a força produtiva hígida para o trabalho (FERNANDES, 2003). Nessa fase iniciou-se a dicotomia entre os serviços de saúde público e privado, acompanhada pela dicotomia da atenção médica curativa e das medidas preventivas de caráter coletivo.

Em 1953 foi instituído o Ministério da Saúde (MS), neste período vários hospitais foram construídos, fortalecendo a visão de saúde hospitalocêntrica e, conseqüentemente, de alto custo. A questão da saúde passou a se estruturar em caráter privado e seu perfil ficou cada vez mais distante das reais necessidades de saúde das classes assalariadas e da população em geral (COHN, 1999).

O modelo de atenção à saúde hegemônico ficou conhecido como médico assistencial privatista. As principais características deste modelo são: favorecimento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e o favorecimento da produção privada (SILVA, 1999; TEIXEIRA, 2002).

Somente em 1961, o termo atenção primária à saúde foi introduzido no setor saúde, e desde então recebe diferentes definições conforme a cobertura da APS nos diversos países. Na conferência de Alma-Ata em 1978, a APS foi definida como o nível de atenção fundamental à saúde, orientada por práticas cientificamente comprovadas e aceitas socialmente, cujo acesso seria garantido a toda a população, a um custo em que a comunidade e o país pudessem suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento (MENDES, 2009; BRASIL, 2011).

Nos países em desenvolvimento, principalmente na América Latina, a APS foi implantada de forma seletiva, focalizada, para o atendimento de determinadas

necessidades em saúde da população, reduzida a questões de ordem orgânica (MENDONÇA, 2009).

No Brasil, em 1994 se organiza o Programa de Saúde da Família (PSF), como estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde a partir da prática na APS, colocando a família nas agendas das políticas sociais. “Reflete, portanto, tanto interesses do modelo neoliberal, ao focalizar ações na população excluída da sociedade, como de forças sociais solidárias que vislumbram possibilidades de transformação da prática na “porta de entrada” da rede de serviços de saúde.” (ASSIS *et al*, 2007, p. 189)

3.3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O movimento de Reforma Sanitária foi um marco importante para a conquista de novas políticas de saúde no Brasil e da proposta do Programa de Saúde da Família - PSF, como estratégia de reorientação do modelo assistencial, aproximando o cuidado em saúde do cotidiano do usuário, de sua família, comunidade e território.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa fortalecer o vínculo e a responsabilização na relação entre trabalhadores e usuários dos serviços, bem como estabelecer-se como principal porta de entrada e elemento de reorganização da atenção no SUS (ANDRADE; TEIXEIRA; MACHADO, 2012).

No Brasil coexistem dois modelos assistenciais: o modelo médico assistencial privatista e modelo assistencial sanitário, já comentado anteriormente. Programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF surgem como estratégias para a efetivação e fortalecimento do modelo assistencial sanitário (PAIM, 2003).

O PSF surge na década de 1990, inspirado em experiências de outros países, como Cuba, Inglaterra e Canadá, nos quais a Saúde Pública alcançou níveis de qualidade com o investimento na promoção da saúde e na prevenção de doenças, e também com experiências nacionais como aconteceu no Ceará, com o PACS, e em Niterói, com o Programa de Médico da Família (FRANCO; MERHY, 2004), e começa a ser definido como estratégia para a APS a partir de 1994.

De acordo com o Guia Ministerial, o PSF deve ser visto como uma estratégia, e não meramente como um programa, por não se tratar de uma intervenção vertical e

paralela às atividades do serviço de saúde, mas a integração e organização das ações em saúde dentro de um território definido (BRASIL, 1997).

Assim, o discurso oficial define a ESF como uma das estratégias de viabilização do SUS, tendo como diretriz básica a descentralização dos serviços e a mudança do modelo assistencial hegemônico centrado no hospital, para um modelo voltado para a Atenção Básica, baseado na vigilância à saúde, com articulação intersetorial (BRASIL, 1997).

A ESF propõe a construção de um modelo de atenção à saúde baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigido aos indivíduos, às famílias e à comunidade (PAIM, 2003). A forma tradicional de atendimento em saúde foi conduzida na lógica do atendimento individualizado, o usuário fora do seu contexto familiar e dos seus valores sociais e culturais. Na ESF a família passa a ser a unidade de cuidado – é a perspectiva que dá sentido ao processo de trabalho na ESF.

Atenção básica, como porta de entrada de um sistema público de serviços de saúde, deveria absorver a demanda universal, oferecer resolutividade a quase 80% do total de intercorrências, encaminhar para serviços especializados e internações os casos de maior complexidade, acompanhar programaticamente grupos etários ou de usuários crônicos, processar uma vigilância em saúde em sua área de abrangência e ainda realizar a relação política com o seu entorno (BOTAZZO, 1999; ANDRADE; TEIXEIRA; MACHADO, 2012).

De acordo com o MS, esse modelo pressupõe o compromisso de prestar à população assistência universal, integral, equânime, contínua e, sobretudo, resolutiva, tanto na unidade de saúde como no domicílio, sempre de acordo com as necessidades em saúde da população, identificando os determinantes do processo saúde-doença, e neles intervindo de forma apropriada. Propõe, ainda, o acolhimento humanizado dos serviços, estreito relacionamento com a comunidade e os profissionais de saúde, direito à cidadania e qualidade de vida (FERNANDES, 2003; BRASIL, 2011).

Essa proposta de mudança implica em uma prática diferenciada por parte dos profissionais. Pustai (2004) afirma que há, ainda, um descompasso entre o que se define como perfil adequado dos profissionais para atuarem em consonância com o que o SUS propõe e a formação oferecida pelas instituições de ensino. Esta especificidade do trabalho dos profissionais decorre tanto das características da demanda quanto da

finalidade do trabalho nesses serviços. Pensa-se que deve ser uma prática incorporadora de outros saberes, articulada com outras atividades e trabalhos, para responder às necessidades em saúde tanto do indivíduo quanto da coletividade. Assim, acrescentam-se os novos saberes como o planejamento, a epidemiologia crítica e a educação em saúde, e torna-se necessário além do conhecimento clínico, a priorização da dimensão coletiva (CAPOZZOLO, 2003; MENEZES; ROCHA, 2005; BREIH, 2006; BARBOSA *et al.*, 2009).

No entanto, a crescente individualização da sociedade dificulta ao sujeito/profissional uma visão contextualizada de sua prática e das questões atuais. Os problemas da sociedade, como o desemprego e a miséria, retirados de seu contexto político-social, levam segundo o pensamento hegemônico, à culpabilização do indivíduo, transformando questões sociais em incapacidades sociais (WERMELINGER; *et al.*, 2012).

Obviamente, as críticas à Estratégia de Saúde da Família, não se restringem apenas à necessidade de formação diferenciada dos profissionais. Com a adoção do PSF como uma estratégia de mudança de atenção à saúde, este passou a ser considerado o instrumento de uma política de universalização da cobertura da Atenção Básica e um espaço para a reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível.

A partir daí, surgem novas demandas para o sistema. Uma das demandas que surgem desse processo vêm sendo o aumento da procura por serviços de média e alta complexidade, decorrentes da extensão da cobertura da Atenção Básica, sem que ao mesmo tempo se verifique um aumento da resolubilidade desse nível de atenção. Autores apontam ainda que a implantação da saúde da família, ainda que represente a garantia do direito constitucional do acesso a serviços de saúde, não se fez acompanhar o impacto positivo sobre as condições de saúde da população como um todo (TEIXEIRA; SOLLA, 2005).

Em tese a ESF deveria resolver as questões de saúde na Atenção Primária, com isso, diminuiria o fluxo dos usuários para os níveis mais especializados, diminuindo a demanda nos hospitais. Isso requer uma prática complexa, com novos campos de conhecimento, desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes. Mas, também há que se garantir um fluxo adequado dos usuários de um nível de complexidade a outro, mantendo-se a assistência integral às pessoas. Isso significa que os problemas mais complicados, que exigem exames ou procedimentos mais complexos, devem ser

encaminhados a serviços de referência, tendo a garantia de continuidade do tratamento (TEIXEIRA, 2002; FERNANDES, 2003).

As críticas mais contundentes ao PSF são aquelas que o vinculam ao pacote de medidas neoliberais para o setor saúde. Relacionam a ESF como um “amortecedor social”, para conter a população de uma revolta social maior sem, contudo, alterar significativamente as suas condições de vida. Aqueles que a consideram como uma estratégia neoliberal para a saúde a incluem em toda a lógica da proposta neoliberalizante. Dessa forma, para estes autores, a ESF trata-se de uma política focalizadora, destinada a atender a parte pobre da população (TERENCE, 2008; BRAVO, 2006).

Assim, esses autores identificam que a implantação da ESF está diretamente vinculada ao desfinanciamento do setor saúde, já que a prioridade do governo é a contenção de gastos públicos por parte do Estado, deixando os vários setores da área social livres à iniciativa do mercado. Outro apontamento, em relação ao desfinanciamento do setor saúde é que, a Estratégia em Saúde da Família faz parte, na verdade, de uma “cesta básica” do Banco Mundial para os mais carentes, na qual também se inclui serviços como a imunização, as farmácias básicas, a saúde da mulher, a saúde da criança, as doenças sexualmente transmissíveis, a Diabetes e Hipertensão, levando à simplificação da atenção à saúde (TERENCE, 2008; SOARES, 2000; PAIM, 1996; COELHO, 2002;).

Ao analisar as cartilhas ministeriais, observa-se que entre as ações mais detalhadas preconizadas pelo MS estão as relacionadas em este “pacote” da atenção básica: saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão, da diabetes, da tuberculose, da hanseníase e ações de saúde bucal (BRASIL, 1997; BRASIL, 2001).

Uma das principais autoras que denunciam o ideário neoliberal dentro da proposta do PSF é Laura Tavares. A autora indica que muitos dos conceitos que faziam parte da bandeira da Reforma Sanitária, como descentralização, municipalização e o controle social estão sendo reconceituados e sendo utilizados de um modo mais conveniente para o modelo de Estado neoliberal, o que resulta nas “novas-velhas” propostas que já teriam sido superadas pelo movimento sanitário, como o da “saúde comunitária”, que usa agentes da comunidade, em que há a crítica de ser uma proposta de saúde feita a partir de poucos recursos e baixa tecnologia. Identifica uma verticalidade no programa, ao

praticamente “obrigar” os municípios a implementarem ou mesmo por meio de incentivos financeiros, por meio da elaboração da NOB-96, que estabeleceu incentivos aos municípios para aderirem, naquele período, ao PSF. A velocidade de expansão da Estratégia Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais ao Programa. A ESF não consegue ser uma estratégia reorganizadora da atenção à saúde, pois, não trabalha com o princípio de universalidade, ao se firmar como “um programa de extensão de cobertura para as populações carentes” (SOARES, 2005; SOARES, 2000; BRAVO, 2006).

Segundo D’Aguiar (2001), a ESF tanto pode servir às tendências simplificadoras, como também às motivações de mudança para gerar resultados mais efetivos do SUS, dependendo de como se insere no nível local. Por fim, Merhy e Franco (2004), apontam que o que deve definir os modelos de assistência são principalmente o território de necessidade e os problemas de saúde colocados pela população, que servem como desafios dos serviços de saúde em atendê-los. Apontam ainda que a ESF como está configurada, não tem força suficiente para mudar, devido as dificuldades em sua implementação/operacionalização, sendo necessária a sua reflexão para que isso seja possível.

A consolidação dessa estratégia precisa, portanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2001).

Entendemos que a estratégia, a exemplo do SUS, tem desafios ambiciosos e que está em permanente processo de construção. Acreditamos que esse processo é factível de ajustes e que questionamentos e avaliações são contributivos, por isso, nos apoiamos nos questionamentos de autores como Túlio Franco; Emerson Merhy (2004) e Barbosa *et al.* (2009), os quais têm levantado debates sobre as fragilidades da ESF.

3.4 TERRITÓRIO – RELAÇÕES DA COMUNIDADE

Uma das principais atribuições de uma Equipe de Saúde da Família é realizar o mapeamento do seu território de abrangência. Após esse procedimento devem-se dividir as áreas de atuação para cada equipe e seus agentes comunitários, definindo-se, desta forma, a área adscrita. De acordo com o Manual do Ministério da Saúde “As atividades

deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente, através de acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação.” (BRASIL, 1998, p. 13).

Para garantir que a Equipe de Saúde da Família responda as necessidades em saúde dos usuários sob sua responsabilidade é necessário o reconhecimento dos determinantes sociais, como concentração de pobreza, exclusão social, bem como, as atividades diárias da família, sua alimentação, hábitos, cultura, valores, condições de moradia, saneamento básico, e os processos de desgaste à saúde presentes no território.

Daí a importância do processo de territorialização, que, neste estudo, não significa apenas espaço geográfico, mas o local onde acontece e se estabelece as relações e o processo de vida da comunidade.

Aos profissionais da Unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população adscrita a esta área. O Ministério da Saúde não define claramente qual o conceito de território está sendo trabalhado. Segundo o MS, cada equipe deve ser capacitada para:

[...] conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais; demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar; desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados (BRASIL, 2006, p. 03).

Na prática, tal discurso, não coincide com a realidade encontrada na ESF. No desenvolvimento da prática profissional, o que se percebe é que a territorialização planejada pela gestão e realizada pelas equipes da ESF tem sido limitada à prática de identificar apenas situações demográficas: a distribuição de pessoas, moradores de um espaço geograficamente definido, segundo sua faixa etária e sexo.

Assim como, a identificação de situações epidemiológicas e sanitárias, compreendidas pela expressão das doenças nos indivíduos e grupos populacionais de um território sem fazer conexão entre os processos, sem relacionar com o contexto histórico e

sem considerar na maioria das vezes a determinação social do processo saúde-doença, na qual se destaca a inserção do indivíduo no trabalho e a suas condições de vida pelo acesso a bens e serviços que atendam às suas necessidades de reprodução social (BREILH, 2006).

O estudo de Mafra e Chaves (2004), realizado em Curitiba-PR com o objetivo de compreender o processo de territorialização em uma Unidade de Saúde com Estratégia de Saúde da Família, confirma que nem todos os profissionais de saúde envolvidos na pesquisa tiveram a clareza de que a contínua construção do processo de territorialização é a base da discussão e construção do modelo de assistência à saúde daquela comunidade. Ao discursar sobre o processo de territorialização, os entrevistados destacaram a divisão da área adscrita, a contagem das famílias, desconsiderando dados referentes ao contexto econômico, social, cultural e epidemiológico local. As autoras destacaram que nas entrevistas houve valorização dos dados quantitativos na compreensão dos sujeitos sobre o território, como se os dados numéricos fossem capazes de representar o processo saúde-doença da comunidade. Em outro estudo, realizado por Chaves (2010), o território é apresentado como o campo das relações sociais, cenário dinâmico no qual se dá a produção das necessidades em saúde. O estudo aponta que o território ainda é um cenário pouco explorado pelos enfermeiros (as) para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde, o que se tem como foco ainda é a demanda programada e o discurso dos protocolos como centro da prática assistencial.

Estas são algumas das questões que intriga e convida ao mesmo tempo, a conhecer os processos históricos, sociais, econômicos que são determinantes do processo saúde-doença dos moradores do território do Município de São José dos Pinhais. Para compreender melhor o processo de territorialização apresentaremos as diferentes abordagens do conceito de território.

Na geografia, autores, como Milton Santos dão destaque a alguns aspectos no território de acordo com suas concepções teórico-epistemológicas, seja ele o econômico, político, cultural ou estes agrupados (BORDO, 2008). Milton Santos – considerado um dos principais pensadores brasileiros na concepção de território – defende que é o uso de território, e não ele por si só, que o faz objeto de análise. Também critica a ideia dos

pensamentos totalizadores da sociologia e economia, que costumam ignorar o espaço construído para a explicação da realidade social (SANTOS, 2001).

Para Santos (1996), a historicidade do território deve ser considerada para que o mesmo possa ser compreendido, inclusive em relação ao meio ambiente/natureza ser um produto de cunho histórico. Além disso, chama a atenção para a diferenciação entre território e o espaço, no qual em momentos históricos distintos a mesma configuração territorial pode originar espaços diferentes, considerando as questões inclusive da paisagem existente. Por fim, o autor, ao tentar compreender o território, considera que o trabalho é elemento chave para que esta compreensão seja possível a partir da análise dos meios de produção existentes. O trabalho, compreendido como ponto central da formação e reprodução de um grupo social, transforma o território. Assim o território é alterado pela atividade humana centrada a partir do elemento trabalho, ao mesmo tempo em que influencia na dinâmica do mundo do trabalho pelas transformações que ocorrem e que interferem na vida social e econômica da sociedade, constituindo um processo histórico e sempre dinâmico.

Saquet (2004) discute a abordagem do território a partir da ideia do poder. Para este geógrafo, os aspectos econômicos e políticos são enfatizados como constituintes do mesmo, onde há a formação de territórios heterogêneos, fundados nas contradições sociais, em que se efetivam processos sociais centrados na territorialidade cotidiana das pessoas.

Haesbert (1997) recorta o território a partir de três eixos: o jurídico-político (espaço onde se exerce o poder, principalmente o estatal), o culturalista (existência de dimensões simbólicas/subjetivas) e a econômica (produto da relação capital-trabalho e da luta de classe).

Na saúde, o conceito de território é dividido em duas correntes de pensamento. A primeira o considera de forma naturalizada, como um espaço físico pronto e completo, concebidos a partir de critérios geopolíticos, sustentando um modelo de saúde baseado na clínica a partir de uma visão topográfica e burocrática do Distrito Sanitário, denomina território-solo (MENDES, 2003).

A segunda corrente, define o território como território-processo e o descreve como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social na qual existem vários tensionamentos entre os diferentes atores sociais que participam desse processo.

Assim, o território-processo, além de um território-solo é um território econômico, político, cultural, epidemiológico, demográfico e tecnológico (MENDES, 2003).

A conformação do território tem um caráter social, o que significa, dentro de uma sociedade com desigualdades, que as diferentes ocupações deste território refletem nada menos que esta desigualdade socialmente determinada. Assim as periferias se caracterizam por espaços urbanos de pessoas excluídas do sistema, que são “empurradas” para a franja da cidade, em locais em que o Estado é ausente e não legitima os direitos sociais (CAMPOS, MISHIMA, 2005; CHAVES, 2010).

E é esta compreensão de território que devemos ter para desenvolver as práticas de saúde: utilizar o território como base analítica para uma visão totalizadora das necessidades em saúde, dentro de uma proposta includente e que seja coerente com os pressupostos da determinação social do processo saúde-doença. Para isso, exige-se a conformação de equipes que estejam organicamente vinculadas às comunidades e famílias, com um novo olhar sobre os processos de saúde e doença.

3.5 PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O processo saúde-doença tem-se modificado ao longo da história, reproduzindo os diversos contextos históricos de nossa sociedade. O tema da determinação social se impõe porque a saúde, seja qual for o significado que lhe atribuímos, não pode estar dissociada da determinação geral da vida das pessoas.

A confirmação do caráter histórico na determinação da saúde e da doença pode ser observada através de estudos realizados junto às populações, ao longo da história da humanidade, constatam os modos de morrer e adoecer dos diferentes grupos humanos, e não através de casos singulares de cada indivíduo que evidenciam o desgaste do corpo humano no seu caráter estritamente biológico (LAURELL, 1983; EGRY, 1996; BREILH, 2006).

A saúde e a doença sempre fizeram parte da realidade e das preocupações humanas. Ao longo da história, os modelos de explicação da saúde e da doença sempre estiveram vinculados aos diferentes processos de produção e reprodução das sociedades humanas. A diversidade de práticas que procuram promover, manter ou recuperar a saúde tem estreita relação com as formações sociais e econômicas, os significados atribuídos e o conhecimento disponível em cada época.

As concepções sobre saúde e doença, ao longo da história, são apresentadas para que possamos compreender o conceito de ambas de maneira mais ampla, mostrando as determinações que estes conceitos trouxeram, uma vez que a construção e a contribuição dos mesmos ainda se fazem presentes em nossa sociedade.

Os povos antigos, ainda privados da ciência e da tecnologia, acreditavam que a doença era fruto dos demônios e espíritos malignos que, mobilizados por um inimigo ou por castigo, transformavam o doente em uma vítima, podendo levá-lo até a morte. A cura da doença cabia ao feiticeiro, que tinha o poder de convocar espíritos capazes de erradicar o mal (MELLO, 1989; SCLIAR, 2002).

Para os hindus e chineses, o surgimento da doença era provocado pelo desequilíbrio entre os elementos do organismo humano, ocasionado pelas influências do ambiente físico: astros, clima, insetos, etc. O restabelecimento da saúde se dava através do re-equilíbrio da energia interna, a partir de terapias como a acupuntura. Este conceito naturalizava os fatores causais, em que o homem atuava ativamente no processo de doença e cura (SOUZA, 2000; YAMAMURA, 2001).

Os gregos também se utilizaram desta naturalização da saúde e da doença através das explicações que davam à saúde está ligada ao significado de harmonia entre os quatro elementos que compõem o corpo humano: água, terra, ar e fogo. Hipócrates (considerado o pai da medicina) enriqueceu estas concepções de saúde e doença através da prática clínica e de cuidadosas observações da natureza, enfatizando a importância do ambiente físico na causalidade das doenças. Hipócrates, na sua filosofia, entendia que a saúde era o resultado da harmonia entre os hábitos físicos e mentais e a inter-relação destes com o meio ambiente. Sua teoria dos humores (fluidos do homem - sangue, fleuma, fel e biliar e temperamentos – sanguíneo, fleumático, melancólico e colérico) evidenciava a interdependência entre o corpo e a mente (FONTES, 1995; SCLIAR, 2002).

Na idade média, o conceito de saúde e de doença tinha uma explicação de cunho religioso: a doença era vista como purificação. De acordo com Souza, “as epidemias eram o castigo divino para os pecados do mundo ou resultavam da ação de inimigos” (SOUZA, 2000, p. 2). Nesta época, começaram a surgir os primeiros hospitais, os hospícios ou asilos, nos quais os pacientes recebiam mais conforto espiritual do que tratamento adequado.

Com o declínio da Idade Média surge o Renascimento, marcado por transformações sociais, econômicas e políticas, que contribuíram para o surgimento da burguesia mercantil e bancária. A partir de então, várias teorias foram surgindo para explicar o processo saúde-doença.

A primeira é a teoria unicausal, que afastava a possibilidade de uma análise mais séria das influências do meio social na patogenia, ou seja, encobria as correlações entre os agravos sociais e as doenças, uma vez que o fenômeno doença era causado por um agente biológico, que penetrava no organismo, desencadeando reações indesejáveis (ALMEIDA *et al*, 2001; SCLIAR, 2002).

A segunda teoria surge após a Revolução Francesa, no final do século XVIII, com o aumento da urbanização nos países europeus e a ascensão do sistema fabril que desencadearam a explicação social da causalidade das doenças, relacionando-as às condições de vida e trabalho das populações. Denominada de teoria da multicausalidade, em que agente e fatores determinantes de caráter individual como: idade, raça, sexo, renda, etc, estavam em relação com os hospedeiros, em determinado ambiente (ALMEIDA *et al*, 2001; SCLIAR, 2002). Esta teoria determinou o predomínio do pensamento clínico sobre o processo saúde-doença, que por sua vez, propiciou a abordagem do atendimento particular e individual.

Outra concepção de saúde-doença foi a tríade ecológica de Leavell Clark, que colocou o binômio em destaque, considerando-o como um processo dinâmico. A saúde apresentava uma relação do tipo equilíbrio-desequilíbrio entre o homem (hospedeiro), o agente patogênico e seu meio. Portanto, condições humanas, condições ecológicas e estruturas sociais intervinham no processo e, qualquer desequilíbrio em um dos elementos da tríade, levaria ao processo patológico, ou seja, cura, óbito ou outros estados intermediários (LEAVELL; CLARK, 1976; REZENDE, 1989; GUTIERREZ, 2001).

No entanto, neste modelo, os agentes etiológicos eram reduzidos a sua condição biológica, a qual teve sua historicidade negada. Neste sentido, Souza (2000, p. 4) comenta que “todos os elementos da relação são colocados num mesmo plano ahistórico, intemporal e a vida humana fica reduzida a sua condição animal, o homem naturalizado passa a ser classificado segundo critérios naturais como idade, sexo e raça”.

Esta concepção apresentou apenas uma análise de causa e efeito, sendo incapaz de estabelecer pesos diferentes para variáveis diferentes que intervinham no fenômeno,

visto que, se as relações entre agente, hospedeiro e meio se dão no plano ecológico, podendo atuar sobre estes através de medidas ecológicas, não seria preciso alterar a organização social.

Segundo Souza, esta teoria “tem consolidado de forma hegemônica o modelo clínico curativo dominante, baseado numa visão mecanicista da saúde e da vida.” (SOUZA, 2000, p. 15).

Vincular o processo saúde-doença ao contexto em que está inserido significa dizer que, para promover saúde é necessário garantir acesso a condições de natureza biológica, econômica e social, favorecendo os processos protetores. Para tanto, é imprescindível que a vida material da sociedade se faça de modo a reduzir ao mínimo as desigualdades sociais, que estabelecem as relações de desgaste (PALMEIRA, 2004; BREILH, 2006).

De acordo com Castellanos (1990); Palmeira (2004); Breilh (2006) a epidemiologia social latino-americana, a partir da categoria reprodução social, enfatiza a importância de um marco explicativo do processo saúde-doença que vincule saúde e condições de vida, por meio da inter-relação entre as dimensões biológica, ecológica, consciência e conduta e processos econômicos.

No Brasil, a crise do modelo dominante de atenção à saúde e o avanço dos movimentos pela redemocratização do país propiciaram a busca da superação e a construção de uma nova concepção e prática de saúde, que culminou no Movimento de Reforma Sanitária. Esta nova concepção de saúde imprimiu um caminho novo à política de saúde, visando romper com as amarras de um sistema fragmentado e contraditório.

Neste contexto, na década de 70, defensores da epidemiologia social, como Laurel, Breilh e Arouca, buscaram compreender o fenômeno saúde-doença como um processo social e biológico e com historicidade própria (BREILH, 2006; GUTIERREZ, 2001).

Sendo assim, saúde é resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano. O que pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais (BREILH, 2013).

Esta dimensão ampliada do processo saúde-doença também foi discutida na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, concluindo-se, em seu relatório final, que saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação,

educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (PALMEIRA, 2004).

A saúde assim como os outros direitos sociais, é um elemento potencialmente revolucionário e de consenso. A “revolução” neste caso deve ser entendida como instrumento essencial para a conquista da liberdade, identificada no fim da exploração do homem pelo homem e, por consequência, com a possibilidade de vencer a pobreza, mas também como meio de conseguir a igualdade (LUZ, 2006).

Portanto, a plena efetivação deste sistema de saúde implica, não só em uma nova concepção de saúde e doença, mas também em mudanças de um sistema de crenças vigentes por um outro emergente. Sabemos, porém, que este processo é longo, uma vez que depende de mudanças, principalmente, nos planos políticos e ideológicos.

3.6 EPIDEMIOLOGIA

A epidemiologia é a ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (ALMEIDA FILHO, 2000).

Outros autores, ao longo do tempo, conceituaram a epidemiologia de diversas formas, contudo podemos dividir a definição da epidemiologia em três formas de pensamento: a do senso comum (“doutrina das epidemias”); a do senso amplo (“ciência dos fenômenos de massa”) e a do senso etimológico (“epi = sobre; demos = povo e logos = estudo”).

A epidemiologia teve origem na idéia de que fatores ambientais podem influenciar a ocorrência das doenças. Porém a medida das doenças de ocorrência comum nos grupos populacionais só passou a ser feita no século XIX. O exemplo clássico e marcante do início desta ciência foi um estudo realizado por John Snow, em Londres no século 19 e 20. Neste estudo ele constatou que o risco de adquirir cólera estava intimamente relacionado ao consumo de água fornecida por determinada companhia. Na meticulosa

investigação, Snow construiu uma teoria sobre a transmissão das doenças infecciosas em geral e sugeriu que a cólera era disseminada através da água contaminada, mesmo antes da descoberta do bacilo causador da cólera (ALMEIDA FILHO, 2000).

A importância da epidemiologia pode ser constatada em diversas áreas da Saúde Coletiva, tornando-a cada vez mais imprescindível ao cotidiano do profissional de saúde, seja no contexto da saúde pública, da gerência em saúde ou na prática clínica.

Ao informar sobre a distribuição e determinantes dos agravos nas populações, a epidemiologia traz elementos importantes para o diagnóstico de saúde em determinado tempo, em determinada sociedade, na qual a informação é uma representação da realidade socialmente determinada.

A epidemiologia nesta concepção não é considerada apenas um método para a produção de conhecimentos ou de intervenção sobre agravos específicos, mas como um conhecimento fundamental, entre outros, e neste caso sobre o processo saúde-doença no coletivo e que articulado a outros conhecimentos (ambientais, socioeconômicos e culturais), orienta práticas de planejamento, gestão e intervenção assistencial ou preventiva (DRUMOND, 2009).

Resumidamente, os indicadores permitem o conhecimento de uma determinada situação por meio da caracterização diagnóstica da realidade. Possibilita uma comparação individual ou coletiva, subsidiando, dessa forma, a tomada de decisões em saúde. No plano coletivo, de forma mais abrangente, os indicadores auxiliam na metodologia do planejamento, gerenciamento e avaliação dos serviços de saúde. No plano individual, no contato com o usuário, se consagram no auxílio do diagnóstico, por oferecer informações sobre determinadas doenças na população e na escolha da melhor conduta terapêutica.

Dessa forma, considerar a análise de indicadores epidemiológicos, como um instrumento de captação e de reconhecimento da realidade de saúde é uma forma de colaborar para a transformação das condições de produção de saúde, mediante a incorporação da valorização das desigualdades sociais e dos riscos ambientais na determinação do adoecimento e padrões epidemiológicos.

Os processos saúde-doença e seus determinantes podem estar desigualmente distribuídos nas populações. Desigualdade em saúde é, então, um termo genérico que se refere às diferenças nos níveis de saúde de grupos socioeconômicos distintos em um

sentido descritivo. Já o termo iniquidade em saúde refere-se às diferenças nos níveis de saúde de grupos socioeconômicos distintos, consideradas injustas, com base em um julgamento detalhado de suas causas. Dessa forma, incorpora-se um julgamento ético nos processos geradores dessas desigualdades. Padrões iníquos de saúde podem decorrer da presença de desvantagens sistemáticas na exposição aos riscos e acessos aos meios de saúde por parcelas da população, em função de diferenças sociais, econômicas, culturais ou políticas (MACKENBACH; KUNST, 1997; PALMEIRA, 2004).

Os padrões de desigualdade em saúde variam no espaço e no tempo, essas desigualdades podem ainda ser agravadas em função de determinantes demográficos e ambientais, acesso aos bens e serviços de saúde e de políticas sociais. Problemas associados ao ambiente construído e ao hiperadensamento populacional agregam novos contornos à desigualdade em saúde em uma sociedade.

Em países em desenvolvimento, como o Brasil, padrões distintos são por vezes notados. Em algumas circunstâncias, as mudanças sociais, econômicas e ambientais levam à justaposição de doenças e agravos típicos de países desenvolvidos com aqueles próprios de países pouco avançados, o que tem sido denominado de “dupla carga de doenças” (BOBADILLA; POSSAS, 1993; OMRAN, 2001; LUZ, 2006).

Segundo Omran (2001), quem primeiro expôs a “Teoria da Transição Epidemiológica”, as mudanças nos padrões de morbimortalidade tendem a se dar pela substituição da dominância das doenças transmissíveis pelas doenças crônicas e violências. Obviamente, a dupla-carga de doenças ocorre em decorrência de uma exposição, tanto aos riscos tradicionais (ausência de saneamento básico, poluição intradomiciliar e desnutrição), quanto aos riscos modernos (poluição industrial e violência) (OMRAN, 2001; BREILH, 2006).

A justaposição de riscos encontrará como segmento mais vulnerável, as populações mais empobrecidas que experimentarão altos níveis de interação de risco. Como consequência, o excedente de doenças provocado pelas desigualdades em saúde poderia acarretar nos grupos mais vulneráveis mortalidade precoce, sobrecarga de determinados procedimentos médicos, maiores demandas de serviços sociais e redução da possibilidade de ascensão social.

Entre os indicadores de saúde mais conhecidos e utilizados está o coeficiente de mortalidade infantil, porque além de medir o nível de saúde de uma população, está associado também com suas condições econômicas, sociais e ambientais.

Diante da reconhecida sensibilidade da mortalidade infantil para expressar o padrão de vida de uma população, conhecer o seu nível e perfil se torna de fundamental importância para a formulação de estratégias que permitam o seu controle mediante uma assistência adequada à mulher durante a gravidez e o parto, e o acompanhamento apropriado das crianças, principalmente daquelas consideradas de risco (SOUZA *et al.*, 2006).

A mortalidade reflete processos de desgaste, desde a condição geral de vida e saúde da população até as condições específicas que contribuíram para uma morte. As causas de morte são múltiplas e pode contribuir na análise de informações sobre diferentes aspectos tais como qualidade dos serviços de saúde, sobre o ambiente num sentido amplo considerando condições de poluição do ar, rios, saneamento básico, trânsito, dinâmica da produção da violência; até sobre condições de vida e saúde em áreas de situações de riscos diversos tanto sociais como econômicos (SOUZA *et al.*, 2006).

Os indicadores de saúde são importantes fontes de informações sobre o bem-estar de uma população. Como o perfil de mortalidade com as respectivas causas de morte, por exemplo, visto que já existem doenças cuja prevenção é mais fácil, não apenas com a moderna tecnologia médica, mas principalmente com a melhoria das condições de vida.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa sobre as contradições dialéticas no discurso dos enfermeiros e usuários no reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das famílias de um determinado território de São José dos Pinhais - PR.

Na comunidade escolhida não há registro de estudo semelhante por outros autores, sendo assim fez-se necessário um estudo em profundidade, para que os resultados pudesse revelar a real situação apresentada pela população alvo, conforme recomenda Tobar e Yalour (2001).

Segundo Egrý (2006), a lógica dialética parte do *principio da contradição*, no qual a realidade é essencialmente processo e mudança. Assim, a dialética representa o modo de pensarmos e compreendermos a realidade como essencialmente contraditória em si, logo em constante transformação. Explorar a(s) contradição(ões) existente(s) na realidade é iniciar o movimento de busca da superação da realidade descrita inicialmente, para assim, se construir uma nova realidade.

A dialética no seu movimento constitutivo passa por três fases, a saber: a tese, a antítese e a síntese. A tese é uma afirmação ou situação inicialmente dada. A antítese é a negação ou a oposição à tese inicial. É do conflito entre tese e antítese que surge a síntese, a qual representa a superação da contradição encontrada, mas que mantém em si a essência da tese inicial. Nesse movimento de superação da realidade inicial a síntese torna-se uma nova tese, que agora se contrasta com uma nova antítese, o que vai gerar uma nova síntese.

É nesse processo de compreensão da realidade que Engels definiu as leis gerais da dialética em três leis essenciais: *lei da unidade e luta dos contrários*; *lei da passagem da quantidade à qualidade* e a *lei da negação da negação* (EGRY, 2006).

Na *lei da unidade e luta dos contrários* - a contradição é inerente à realidade das coisas e é essencial entendê-la para se compreender o movimento e a transformação da realidade. Na *lei da passagem da quantidade à qualidade* se refere processo de mudança pelo qual as coisas passam e que o processo de transformação são intercalados por

movimentos lentos e de aceleração. Nesses movimentos se tem que as mudanças mínimas vão se acumulando quantitativamente e ao se somarem impulsionam um movimento de mudança qualitativa. Já na *lei da negação da negação* se tem que a mudança qualitativa é a negação do momento/estado anterior da realidade, mas que não é o aniquilamento total do que se tinha, mas sim o surgimento do novo que traz em si a preservação do que se tinha de positivo no estado anterior (EGRY, 2006).

A base metodológica da pesquisa foi ancorada na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC, proposta por Egrý (1996) que tem fundamentação filosófica no Materialismo Histórico e Dialético (MHD). Nesse referencial compreende-se que o processo saúde-doença é determinado socialmente e que pode ser observado em uma dada realidade objetiva. A realidade objetiva deve ser compreendida nas três dimensões que a conformam: **dimensão estrutural** – formada pelos processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e de relações sociais da formação econômica e social e das formas político-ideológicas derivadas; a **dimensão particular** – formada pelos processos de reprodução social, perfis epidemiológicos de classes, integrado pelos perfis reprodutivos de classes e perfis de saúde-doença, e formas especiais de prática e ideologia em saúde. E a **dimensão singular** – formada por processos biológicos específicos dos indivíduos e de suas famílias, os quais são potencializados ou não pelos processos encontrados nas demais dimensões. Na figura a seguir observa-se a inter-relação entre as dimensões estrutural, particular e singular.

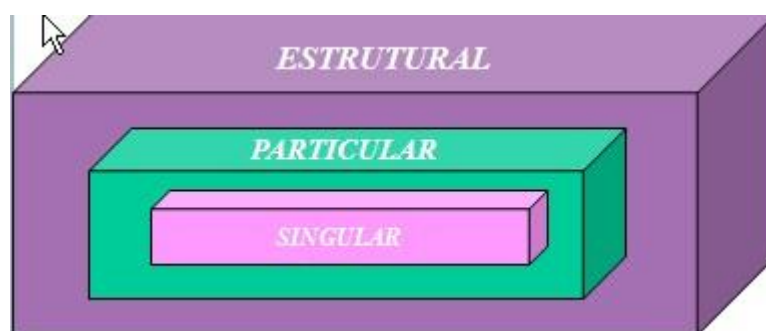


Figura 1 – CATEGORIA DIMENSIONAL: INTER-RELAÇÃO ENTRE ESTRUTURAL, O PARTICULAR E O SINGULAR.
Fonte: EGRY (2011).

Na proposição metodológica da TIPESC, a assistência de enfermagem em saúde coletiva é desenvolvida em cinco fases: captação da realidade objetiva; interpretação da realidade objetiva; construção do projeto de intervenção na realidade objetiva; intervenção

na realidade objetiva; reinterpretação da realidade objetiva. Em cada uma dessas fases, as três dimensões da realidade (estrutural, particular e singular) são consideradas para melhor compreensão dos fenômenos estudados.

Neste estudo desenvolveu-se as duas primeiras etapas da TIPESC - captação e interpretação da realidade objetiva - sobre as contradições dialéticas no discurso dos enfermeiros e usuários no reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das famílias, conforme apontado anteriormente.

4.2 Local de Estudo

O município de São José dos Pinhais está localizado na Região Metropolitana de Curitiba (RMC), tendo como limites: Pinhais e Piraquara ao norte; Tijucas do Sul ao sul; Morretes e Guaratuba a leste; Curitiba, Fazenda Rio Grande e Mandirituba a oeste. É estrategicamente cortado pela BR 376 com saída para o Sul do país (posição privilegiada para o Mercosul), BR 277 com saída para o Porto de Paranaguá (o maior porto do sul do Brasil) e pela BR 116 com interligação a São Paulo e Porto Alegre (IPARDES, 2012).

É a maior e mais antiga cidade da RMC, com 324 anos de história completados em 2014. É uma das cidades mais ricas do Paraná, com a terceira maior arrecadação e a segunda colocação no ranking de exportações, dentre os 399 municípios do estado (PMSJP, 2012).

São José dos Pinhais é uma cidade de médio porte, um município com a quinta maior área da Região Metropolitana de Curitiba e o segundo mais populoso da mesorregião² com 264.210 habitantes, sendo 130.597 homens e 133.613 mulheres, na maioria crianças e adolescentes (33,99%) e adultos jovens (36,12%) que vivem predominantemente na área urbana (236.895 pessoas o que corresponde a 89,66%) (IBGE, 2010; IPARDES, 2012).

Possui uma economia em desenvolvimento, notadamente devido à presença do Aeroporto Internacional Afonso Pena, além de grandes indústrias de auto-peças, que vieram juntamente com a instalação de multinacionais como Volkswagen e Renault. A cidade também é sede de uma grande rede de perfumes e cosméticos e indústria uma de

² **Mesorregião** é uma subdivisão dos estados brasileiros que congrega diversos municípios de uma área geográfica com similaridades econômicas e sociais, que por sua vez, são subdivididas em microrregiões. Foi criada pelo IBGE e é utilizada para fins estatísticos e não constitui, portanto, uma entidade política ou administrativa. Divisão do Brasil em Mesorregiões e Microrregiões Geográficas, IBGE - Rio de Janeiro, 1990, p. 26.

alimentos. O comércio de São José dos Pinhais é autônomo em relação à capital (PMSJP, 2012).

Fazem parte da população economicamente ativa 146.612 pessoas (55,49%) das quais 26.327 (17,95%) trabalham na indústria, 23.383 (15,94%) no comércio e reparação de veículos automotores e motocicletas, 11.525 (7,86%) no setor de transporte, armazenagem e correio, 10.882 (7,42%) na construção civil e 6.919 (4,71%) em serviços domésticos. O PIB per capita em 2009 foi de R\$41.217,00, e a renda per capita R\$ 311,29 (IPARDES, 2012).

No que se refere à organização do sistema de saúde, segundo o CNES existem 327 serviços de saúde, (59 serviços públicos e 268 privados). Dentre os serviços públicos de saúde, 58 faziam parte da rede municipal de saúde e um da rede estadual. No ano de 2009 o município foi dividido em seis Regionais de Saúde: São Marcos; Afonso Pena; Guatupê; Borda do Campo, Centro e Costeira.

A região escolhida para a coleta do presente estudo foi a Regional de Saúde Costeira, que é composta pelos seguintes bairros: Barro Preto; Costeira; Cruzeiro; Ouro Fino; Quississana; Rio Pequeno; Jurema e a Colônia Murici (área rural). A Regional atende 52.204 usuários, distribuídos entre as Unidades de Saúde Xingú; Riacho Doce; Quississana; CAIC e Murici (sendo as quatro primeiras localizadas na área urbana e a última na zona rural).

4.3 Participantes do Estudo

Como critério de inclusão nesta pesquisa apresenta-se profissionais enfermeiros que exerciam suas atividades profissionais nas Unidades Básicas da Regional de Saúde Costeira no período de coleta de dados, independentemente do sexo e idade. E usuários conforme o caso relatado pelos enfermeiros. A partir destes critérios, compôs-se um universo de 22 participantes. 11 enfermeiros e 11 usuários, que após o convite oficializaram sua participação voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os enfermeiros eram todos do sexo feminino, com idade entre 22 e 56 anos, com experiência profissional de 6 meses a 12 anos na Atenção Primária.

Os usuários entrevistados foram escolhidos de acordo com o caso relatado por enfermeiros. Participaram da pesquisa usuários adultos do sexo masculino e feminino,

maiores de 18 anos, e familiares considerados responsáveis pelas famílias atendidas pelos enfermeiros entrevistados, e que concordaram livremente em participar do estudo. Entrevistou-se um número equivalente de profissionais e usuários.

4.4 Coleta dos Dados

Inicialmente foram coletados dados secundários sobre o local do estudo, com intuito de contribuir na captação da realidade objetiva. As instituições públicas para a seleção dos dados secundários foram: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais (SMS - SJP). Com os dados coletados se buscou identificar os processos determinantes da realidade vivida pelos munícipes, bem como, os processos de desgastes e de proteção para a saúde destes.

Os dados primários foram coletados a partir de entrevistas individuais, semiestruturadas (apêndice A). Em uma primeira fase foram entrevistadas 11 enfermeiras, que após lerem e concordarem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), relatavam um caso consideravam ter reconhecido e enfrentado necessidades em saúde.

Após essa fase passou-se à etapa de entrevistas dos usuários. Foram entrevistados 11 usuários (que também foram orientados a ler e, em caso de concordância, assinar o TCLE – apêndice C). Nesta etapa os participantes, também por meio de entrevista semiestruturada (roteiro no apêndice D), eram estimulados a comentar sobre a situação descrita pelo enfermeiro. O processo de coleta de dados aconteceu entre os meses de julho a outubro de 2013.

4.5 Análise dos Dados

Os dados coletados foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin (2009). Nos discursos foram captadas as categorias empíricas que se evidenciarem para serem analisadas à luz das categorias analíticas. Estas últimas foram construídas por meio do referencial teórico elaborado para esta proposta de pesquisa. As categorias de análise previamente definidas foram: as necessidades em saúde dos usuários ou das famílias reconhecidas por enfermeiros; as necessidades em saúde dos usuários ou das famílias enfrentadas pelos enfermeiros; as necessidades em saúde percebidas por

usuários e famílias; e o enfrentamento das necessidades em saúde pelos usuários e seus familiares.

Para se evidenciar as categorias empíricas do material coletado foram desenvolvidas as seguintes etapas – leitura exaustiva do material, identificação do núcleo de sentido e categorização dos núcleos (MINAYO, 2004).

4.6 Aspectos Éticos

O presente trabalho de dissertação teve início após aprovação no Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde UFPR (parecer em anexo 1).

A pesquisadora assegurou que o caráter anônimo dos sujeitos da pesquisa fosse mantido, que suas identidades fossem protegidas, e que os mesmos não tivessem gastos nem ganhos com o desenvolvimento da pesquisa.

Os dados obtidos por meios das entrevistas não foram identificados pelo nome do sujeito, mas por um código, seguindo a sequência dos casos relatados, por exemplo, Caso 1, Enfermeiro (E1), Usuário ou familiar responsável (U1), assim por diante. A pesquisadora manteve em um mesmo arquivo, em confidência restrita, um registro de inclusão dos sujeitos contendo códigos, nomes e endereços para uso próprio, assim como formulários de TCLE assinados pelos participantes. Cada sujeito envolvido recebeu uma cópia do TCLE.

5 RESULTADOS

Neste capítulo os discursos dos participantes, enfermeiros e usuários, serão apresentados segundo as categorias analíticas: 5.1 As necessidades em saúde dos usuários ou das famílias reconhecidas por enfermeiros; 5.2 As necessidades em saúde dos usuários ou das famílias enfrentadas pelos enfermeiros; 5.3 As necessidades em saúde percebidas por usuários e famílias; 5.4 O enfrentamento das necessidades em saúde pelos usuários e seus familiares, e as subcategorias que delas derivaram.

Inicialmente cabe destacar que ao identificar os núcleos de sentido nos discursos já se percebe uma diferença na fala dos participantes para exemplificar as categorias, enfermeiros, usuários e seus familiares. Os participantes enfermeiros são sucintos e objetivos ao descreverem o caso solicitado, os participantes usuários e familiares são eloqüentes, descrevem suas realidades, seus cotidianos com riqueza de detalhes, assim, nos fragmentos que serão evidenciados nas categorias se percebe uma diferença quantitativa nesses sujeitos sobre o mesmo caso

5.1 AS NECESSIDADES EM SAÚDE DOS USUÁRIOS OU DAS FAMÍLIAS, RECONHECIDAS POR ENFERMEIROS

Ao ser solicitado para descrever uma situação na qual reconhecia necessidades em saúde, o profissional iniciava o discurso com o relato de uma situação de adoecimento, de agravo, ou de sinais e sintomas. Na sequência, se referia às especificidades do adoecimento sem evidenciar neste momento como a família e o usuário se organizavam para enfrentar o processo. Outro aspecto que chama a atenção no discurso é que a descrição do fenômeno se detém ao presente e não à historicidade e demais processos (econômicos e sociais) relacionados ao processo saúde-doença do sujeito. Assim, identificou-se no discurso dos profissionais que o processo de reconhecimento das necessidades dos usuários está atrelado à presença de sinais e sintomas que indiquem algum comprometimento orgânico ou uma nova situação no ciclo de vida, tal como uma gravidez, desde que seja considerada um problema para o usuário ou para a sua família.

E2 (...) resultado de sífilis reagente. (...) dificuldades que a gente tem é que o parceiro e ela façam o tratamento (...) sífilis e a questão do uso de drogas eu acho, que são as principais (...) eles não tem um autocuidado.

E3(...) já é lesado medular.

E5 (...) ela tem um problema de visão, ele é genético (...) as filhas tem, é congênito (...) o olho não é bem formado (...) enxerga bem pouquinho, uns vultos (...) ela chegou, grávida novamente.

E7 (...) ileostomia por conta de uma sequela da radioterapia (...) CA de próstata.

E8 (...) ela fez uma biópsia (...) não poderia engravidar (...) agora descobriu que está gestante de novo (...) tendo pico febril, tendo mal estar, cefaleia, com várias entradas já no hospital, no pronto atendimento.

E9 (...) paciente idosa, diabética e hipertensa (...) vinha com uma infecção urinária não tratada.

5.1.1 Subcategoria - reconhecimento das necessidades segundo a compreensão do enfermeiro sobre o adoecimento, a tecnologia e insumos necessários para a assistência de enfermagem.

Ao relatarem os casos os enfermeiros demonstraram preocupação com as tecnologias necessárias para atender à demanda de sinais e sintomas. O enfermeiro percebe a dificuldade do usuário e da família para compreender os cuidados necessários para enfrentar a situação de adoecimento, assim como, a dificuldade em entender o agravo e a tecnologia a ser aplicada na assistência. Assim, ao discorrer sobre o cuidado e o material o enfermeiro comenta sobre dificuldades de diferentes naturezas, do usuário e sua família, para adquirir os produtos a serem utilizados, conforme exemplificam os discursos a seguir.

E1(...) o paciente sai do hospital meio perdido, ele não sabe o que tem que fazer, pra onde vai (...) a gente chega lá e vê que ele tá bem perdido, não sabe como que limpa, a higienização da colostomia, como que troca a placa, o quê que tem que fazer. (...) O que foi percebido mesmo é que eles estavam precisando dos materiais, uma situação nova, como comprava, não sabia como ir atrás.

E6(...) ela não tem noção da complexidade da doença que ela tem (...) ela tá bem desnutrida, por mais que seja obesa (...) tudo tá ruim, função renal tá ruim, função hepática tá ruim, é, parte de colesterol tá tudo ruim.

5.1.2 Subcategoria – potencialidades e fragilidades no trabalho local para reconhecer necessidades em saúde.

Os enfermeiros relataram situações em que percebem algumas condições dos locais de trabalho que potencializam ou limitam o reconhecimento das necessidades em saúde, tais como, consultório individualizado para a realização do trabalho da equipe, que a princípio garante conforto, segurança e sigilo no atendimento. Também discorrem sobre a importância da confiabilidade no processo do cuidado e que essa condição é adquirida

por meio das condições materiais de trabalho, e quando não se tem, segundo o relato dos participantes, o processo é prejudicado, pois não permite ao usuário ou família, durante o atendimento, relatar detalhadamente a sua história de vida.

E2 (...) eles [refere-se aos usuários ou familiar] acabam mais falando em consulta médica, até porque você tá vendo eu posso estar aqui no consultório [o consultório é compartilhado por agenda entre as enfermeiras] e eles [refere-se às pessoas em geral e trabalhadores da U.S.] vão abrir a porta, não bate e vai abrindo, então, já em consultório médico eles têm mais respeito. (...) quantas vezes a gente entrega um preventivo no meio do corredor.

E5 (...) a gente tava com problema de estrutura (...) de não ter salas fechadas, as salas eram abertas em cima (...) o que dava pra agendar a gente agendava, pra ter um pouco mais de privacidade, pra fazer os primeiros exames e, as primeiras conversas.

Identificou-se a atividade “visita domiciliar” como importante ferramenta utilizada no reconhecimento das necessidades em saúde dos usuários e família. Foi o local de atendimento mais comentado pelos enfermeiros(as) ao falarem sobre uma situação de reconhecimento e enfrentamento de necessidades. Além disso, ficou evidente que normalmente a busca pela realização da visita domiciliar é por procura espontânea de uma família ou de um usuário, motivada pelo carecimento de algo ou pelo comprometimento de saúde de algum membro da família. No discurso os enfermeiros indicaram a visita domiciliar como um momento que possibilita investigar o reconhecimento do meio em que o indivíduo e família estão inseridos, permitindo identificar no território e no domicílio a dinâmica da família, as formas de se organizar no grupo para enfrentar a nova situação, como os indivíduos se organizam na vida para serem saudáveis e como é o adoecer e morrer naquela realidade.

E1 (...) é um paciente que você tem que ir lá [refere-se ao domicílio], ver o quê tá acontecendo, porque que tá usando Colostomia, o quê aconteceu, tá em tratamento, não tá.

E4 (...) A família veio para a gente fazer visita domiciliar porque queria um atestado do pai pra poder receber [prolongamento da voz] o INSS dele. (...) pedi para ver as pernas dele, o familiar responde: "não! a perna dele é amputada" (...) já tinha uma amputação (...) a hora que eu puxei a cadeira, a outra perna estava necrosada, a perna que era boa.

E5 (...) não fui fazer uma visita ainda (...) não sei como que é a situação da casa, como é a limpeza, uma das coisas que eu fiquei pensando é já que eles não enxergam, como é que elas fazem a limpeza dessa casa? O armazenamento dos alimentos? Se o alimento tá bom ou se não tá, entendeu?

E8 (...) a ACS passou na casa, já tinha essa primeira gestante que morava lá (...) eu pedi pra ACS ir ver se ela tinha feito o cartão do SUS (...) nessa visita ela descobriu que tinha essa segunda gestante morando lá.

E10 (...) a gente marcou um dia e foi fazer uma visita pra ele, pra saber qual era a situação.

5.1.3 Subcategoria – reconhecimento de processos de desgastes nas condições de vida dos usuários e famílias

O reconhecimento de que as limitações econômicas e sociais são processos de desgaste para a saúde dos usuários e famílias do território estão presentes no discurso dos profissionais. E assim, estas limitações representam os sérios desdobramentos no cotidiano dos moradores, e, portanto, são determinantes do processo saúde-doença do indivíduo e da coletividade. Neste sentido, percebe-se um olhar mais amplo dos profissionais para reconhecer as necessidades em saúde. Pelos relatos dos casos o atendimento aos usuários e/ou famílias nas casas permitiram aos participantes do estudo reconhecer as fragilidades em torno das famílias, indo, assim, além daquilo que está aparente. Teve-se descrição de situações nas quais os profissionais perceberam, por meio das observações de dificuldades sociais e econômicas, que os núcleos familiares, buscavam dar conta de coisas mais concretas, como a inserção no trabalho, que lhes permitiria, mesmo que minimamente, manter suas condições de vida.

E2(...) são usuários e vivem em uma área de situação de risco (...) a minha área é uma área de bastante usuário de droga.

E3 (...) A mãe precisa trabalhar, a irmã precisa trabalhar (...) a casinha deles agora é arrumada (...) já foi bem pior, pagavam aluguel, agora eles compraram.

E5 (...) ela tem uma condição bem precária, moram todos juntos (...) uma das filhas, tem 8 anos, enxerga bem (...) acaba que cuidando de tudo (...) ela é uma criança (...) necessidade que ela tem é a parte de higiene, tanto por ela quanto pelas pessoas que vem junto (...) necessidade quanto a esclarecimento de dúvidas (...) informação sobre o planejamento familiar (...) ela vai ter 4 ° filho com todos esses problemas (...) falta conscientização.

E6 (...) Idosa de 82 anos, mora em uma casa que tem lixo (...) Mora com a filha, o mundo dela é num quarto só, ela não sai do quarto pra praticamente nada, condições de higiene precária, condições de compreensão precária, não conhece a doença, não sabe quais as doenças que tem, quais os remédios que toma, entra em contradição com a filha.

5.2 AS NECESSIDADES EM SAÚDE DOS USÁRIOS OU DAS FAMÍLIAS, ENFRENTADAS POR ENFERMEIROS

Convergente com o reconhecimento das necessidades em saúde que apontou para a identificação de carecimento de algo, da presença de agravos ou de sinais e sintomas, no relato dos atendimentos prestados pelos profissionais para atender às necessidades reconhecidas, as intervenções descritas indicaram que o foco foi para prover recurso ou atender ao que era observado de imediato. Assim os enfermeiros descreveram como foi prover materiais necessários para apoiar o indivíduo à sua nova condição de vida. Conforme pode ser visto nos discursos a seguir.

E1 (...) na volta que eu pedi pro ACS ir e levar os materiais que ela tava precisando (...) tinha no posto (...) gaze, um pouco de fralda.

E7 (...) a esposa veio em busca de material pra curativo, e de bolsas pra Ileostomia (...) foi assim que fiquei sabendo daí eu orientei pra ela que a gente faz o cadastro.

Ainda com relação à provisão de materiais para atender às necessidades reconhecidas o enfermeiro demonstrou a preocupação com a organização do serviço. Pela falta de esclarecimento sobre a organização do sistema local o profissional mobilizou-se para ajudar, mas não percebeu que a estrutura que atenderia aquela demanda estava em outra estrutura governamental.

E1 (...) a gente foi atrás do material (...) foi bem complicado (...) primeiro a gente pediu pelo sistema (...) falaram que tinha que mandar via memorando (...) mandou solicitação (...) depois disseram que precisava de documento (...) conseguimos cópias do documento, do comprovante de endereço e cartão do SUS (...) quando viu não era nada disso (...) a prefeitura não compraria porque ele tava pegando lá do Estado.

Outro ponto relevante do discurso é que nas intervenções descritas pelo enfermeiro é o trabalho em equipe e o trabalho intersetorial. Nos casos a visita domiciliar pôde ser utilizada primeiramente para um levantamento situacional, e na sequência, a partir do reconhecimento, é organizada a intervenção em equipe. Os participantes apontaram que a orientação e o registro dos casos são as intervenções que estão ao seu alcance, as necessidades da família é algo maior do que ele como profissional dá conta de prover, e ainda, demonstrou nos relatos que não conseguia ir além da lógica do protocolo e dos fluxos estabelecidos, conforme os discursos a seguir.

E3 (...) E ele no caso, tem necessidade de fisioterapia e alimentação. Não consegui, não tem fisioterapeuta aqui (...) precisa de uma equipe multiprofissional, o atendimento domiciliar.

E8 (...) ACS falou “olha, você tem que ir a unidade, abrir teu pré-natal” (...) ela não veio (...) a ACS retornou com uma consulta agendada pra ela vir.

E10 (...) ele estava totalmente descontrolado, quebrava tudo (...) a irmã mais velha perguntava o quê eles podiam fazer (...) já tinham recebido ameaça de morte, passavam atirando na frente da casa dele (...) a gente conversou com o serviço social e o CAPS (...) a gente marcou um dia e foi fazer uma visita (...) depois eu fui com o médico lá (...) deu pra perceber que a família ficou bem desapontada (...) eu acho que queriam que nós o levássemos pro internamento e fizéssemos alguma coisa (...) a família realmente tava cansada, não tava aguentando mais a situação.

A orientação foi um instrumento de intervenção bastante utilizada pelos enfermeiros (as). Foi utilizado como recurso que promove a conscientização, orienta o cuidado domiciliar e até mesmo o planejamento familiar, contribuindo na visão dos participantes para o controle de futuras gestações com complicações genéticas e sociais para o usuário ou família. As orientações de educação em saúde foram discorridas como uma ferramenta de trabalho de maior disponibilidade para o profissional, importante para o enfrentamento das necessidades em saúde. Em alguns dos casos descritos o profissional buscou compreender qual era o nível de esclarecimento da usuária sobre a sua condição de saúde. E a partir desta abordagem foi relatado que a usuária não tinha nível de compreensão que lhe permitisse cuidar de si no sentido de promover higiene pessoal, higiene da sua moradia e do uso dos fármacos prescritos para o controle dos sinais e sintomas do agravo. No mesmo relato a enfermeira afirmou que tomou uma medida – fez uma denúncia anônima ao órgão de proteção ao idoso, pela precariedade das condições de vida às quais a usuária era submetida pela família. Para a enfermeira participante, no decorrer do tempo houve um distanciamento no relacionamento desta família com a equipe de saúde, o que acreditava ter ocorrido devido à desconfiança da responsabilidade e envolvimento dos técnicos com a denúncia.

E5 (...) precisa das orientações básicas (...) necessidade quanto a esclarecimento de duvidas (...) uma necessidade que eu acho que ela tem é a parte de informação sobre o planejamento familiar (...) fazer uma conscientização com ela, ou pra partir pra um método anticoncepcional, ela fala que ela toma, mas que não segura, ela engravida mesmo com o método anticoncepcional (...) vamos conversar, ver com ela qual que vai ser o melhor método pra ela, pra gente diminuir esse problema (...) agora tá mais focado na parte do pré-natal dela, que a gente vai ter que cuidar.

E6 (...) tentei compreender o que ela sabia dela (...) perguntei se ela sabia que doença que ela tinha, porque a gente ia visitar ela na casa, ela falou que sabia que tem pressão alta, mas achou que a gente ia visitar porque não conseguia andar direito, e porque é velhinha (...) ela não tem noção da complexidade da doença que ela tem (...) tá bem desnutrida, por mais que seja obesa (...) já tem anemia, e pro idoso é difícil corrigir anemia, e já tem uma dificuldade de locomoção grande (...) foi denunciado pro disque 100, foi feita uma visita do assistente social do disque 12 lá (...) melhorou um pouco a condição de higiene, mas dificultou o relacionamento profissional com a família, porque eles desconfiaram que tivesse sido nós.

E7(...) iniciei o atendimento dele para orientar a esposa como que tá fazendo o curativo no domicílio (...) eu orientei pra ela que a gente faz o cadastro.

E11 (...) a gente deixou agendada a consulta pra 2 dias (...) antes da criança entrar com ela no consultório, eu já levei na sala de triagem pra fazer a higiene.

5.3 AS NECESSIDADES EM SAÚDE PERCEBIDAS POR USUÁRIOS OU FAMILIARES

Os dados a seguir surgem das falas de usuários ou familiares que participaram das situações relatadas primeiramente pelos enfermeiros. Para os usuários pediu-se que falassem sobre quais eram as necessidades em saúde sentidas ou percebidas e, como se organizavam para enfrentá-la, essa solicitação foi a partir da retomada da situação descrita pelo enfermeiro responsável pela sua área.

Os discursos normalmente apontavam como base a própria história de vida, ou mesmo, a historicidade do processo saúde-doença vivenciada no período.

5.3.1 Subcategoria – necessidades em saúde percebidas na historicidade do processo saúde-doença

No início dos relatos os usuários falam de suas vidas, contam os fatos de suas vidas e famílias que são relacionados ao atual momento, enfocam no aparecimento dos primeiros sinais e os sintomas e como estes modificaram os seus cotidianos, assim como, apontaram as maneiras que se organizaram para enfrentar a situação e continuar as suas rotinas, tal como fica explicitado nos discursos a seguir.

U1(...) estava trabalhando na empresa (...) saía sangue [nas fezes] e eu não me preocupei (...) fui trabalhando (...) foi na Colonoscopia que apareceu o tumor no reto (...)achei que era hemorróida porque o outro rapaz da empresa que eu trabalho tava com o mesmo problema.

Familiar de U9 (...) ela não conseguia fazer o xixi (...) pela sonda deu certo (...) deu infecção (...) um dia ela caiu e fraturou a bacia (...)foi internada (...) não voltou mais (...) foi rápido assim(...) foi difícil, nós amassava aquele trem era amargo [refere-se ao comprimido] (...)ela não engolia, ficava chupando aqueles comprimido (...) depois veio de volta a doutora e receitou aquele líquido (...) ela já não passou bem e foi pro hospital (...) a diabetes dela subiu muito (...) ela ficava mole, com o olho fechado, não falava, não parava sentada (...) saiu umas lesão (...) ela enfaixou, passou pomada [refere-se a enfermeira E9].

No relato do participante U1 percebe-se que, enquanto os sinais e sintomas não o impediam de trabalhar, continuava a compreender que a doença não era grave. A sua compreensão sobre a doença ocorre quando os sinais e sintomas presentes o impediram de ter condições de seguir com o trabalho. E ainda, no relato o usuário não demonstrou perceber a gravidade do seu quadro relacionado à neoplasia. A falta de estrutura familiar, o uso de drogas e a violência estão presentes nas histórias de vida dos participantes U2, U3, U10 e U8.

U2 (...) eu tenho que aceitar que eu tô grávida (...) tenho 2 menina e 1 piá.(...) O meu 1º marido, a polícia matou (...) meu piazinho recebe pensão que o pai dele trabalhava e deixou (...) eu uns tempos comecei a fumar cigarro, beber (...) a gente já fica mais complicado (...) meu filho tá morando com os padrinhos dele, que também graças a Deus vai ter um futuro, são pessoas que tem condições. (...) a minha outra filha que tá com 8 anos mora com o pai dela. Vai ter um futuro Graças a Deus também, tem condições. Daí eu tenho a minha outra, que eu achava que era a caçulinha, mas agora veio mais um (...) mora com a minha mãe desde bebê (...) a minha casinha nos fundos da casa da minha mãe eu aluguei pra minha irmã, que é a pensão da minha filha, da minha pequena (...) eu tenho o bolsa escola também.

U3 (...) No ano 2000, dia 10 de agosto [se refere ao acidente que causou a lesão medular]. (...) Foi uma briga, um desafeto meu. (...) Briguei com dois, se fosse só um não tinha (...). Me agrediram na nuca, 31 perfurações. (...) eu também levei um tiro sem perceber, subindo a rua onde eu morava (...) tem uma favela bem embaixo (...) daí eu olhei pra trás e tava escorrendo um líquido vermelho (...) o tiro, a bala perdida foi antes de levar as facadas, esse eu me recuperei, voltei a andar, trabalhar normalmente, e tudo mais, mas daí aconteceu isso aqui foi meio complicado.

U8 (...) Eu vim sozinha de SC (...) não vinha a menstruação (...) na realidade me aconteceu um fato (...) me pegaram a força e me estupraram (...) eu não podia ficar lá (...) a família desse cara é perigosa, até a polícia não consegue com a vida deles (...) Meu pai fala que eu sou filha bastarda [começa a chorar] e minha mãe fala que eu tô morta e enterrada pra ela (...) eu tenho uma menina de 03 anos (...) minha mãe tinha bar de mulher (...) zona (...) na própria casa (...) é até umas das coisas que eu tenho vergonha de contar, que eu prefiro nem falar (...) chegou uma época de eu ter que me vender pra mim ter uma casa e o que comer.

Familiar [mãe] de U10 (...) meu marido também não tem paciência, também toma um pouco (...) alcoólatra (...) trabalha direto (...) ele bebe quando chega em casa (...) é agressivo quando bebe e fica fora de si (...) dizem que meu filho começou com uns 14 anos a usar droga, começou com essas mal companhia (...) eu sempre trabalhei fora (...) ele não obedecia, o marido também não ligava

muito(...)não ajudava (...)eu tenho paciência (...) os outros não tem paciência (...)a irmã, o pai, não tem tanta paciência (...)o irmão gêmeo foi embora (...) ta morando sozinho na vila (...)quis sair de casa por causa do problema do pai que bebe, não tem paciência.

5.4 O ENFRENTAMENTO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE POR USUÁRIOS OU SEUS FAMILIARES

Para o usuário e sua família o enfrentamento das necessidades em saúde foi em decorrência de algum agravo ou de uma nova condição de vida. Desta categoria emergiram as seguintes subcategorias: 5.4.1 adoção de medidas e cuidados para o enfrentamento das necessidades em saúde; 5.4.2 mobilização e limitação de recursos para o enfrentamento das necessidades dos usuários; 5.4.3 as orientações técnicas para o enfrentamento das necessidades em saúde versus as demandas sociais e o modo de viver dos usuários; 5.4.3 a aceitação dos usuários para utilizar as orientações no enfrentamento das suas necessidades em saúde.

5.4.1 Subcategoria: adoção de medidas e cuidados para o enfrentamento das necessidades em saúde

No discurso dos participantes usuários, fica evidente que a adoção de medidas e cuidados não tem a mesma consideração do técnico que orientou o enfrentamento do agravo, isso ocorreu mesmo quando foi informado sobre a urgência do procedimento a ser seguido ou adotado. Pode-se afirmar que estas situações ocorreram não pela falta de compreensão do quadro de adoecimento, mas porque os usuários não entendem a urgência do enfrentamento ou porque compreendem o agravo baseado em outra premissa, no caso, segundo uma compreensão popular, conforme se pode observar nos discursos a seguir.

U2 (...)deu uma infecçãozinha no sangue [Sífilis](...)o médico falou pra mim fazer um tratamento, que eu não sei se é 3 ou 4 vezes que eu tenho que tomar Benzetacil(...)fiquei em choque (...) o médico falou que eu não precisava me assustar, nada que um tratamento não resolva (...) tinha que se tratar pra não prejudicar o nenê (...) perguntei o, porquê da causa disso, ele falou “é uma coisa que a gente pega do marido” (...) eu tive que tomar umas vacinas, Benzetacil (...)eu e meu marido (...) a gente ficou meio com medo (...) o meu marido foi difícil ele ir até o postinho com ele (...)tenho medo de vacina, parece que a gente vai desmaiar(...)tenho medo de agulha.

U1(...) não tinha dor nenhuma (...) estava trabalhando na empresa (...) saía sangue nas fezes (...) eu não me preocupei (...) fui trabalhando (...) foi na

Colonoscopia que apareceu o tumor no reto. (...) na verdade, a gente homem fica assim meio sem jeito de ir ao médico. (...) achei que era hemorróida.

U11 (...) tava preocupada com o olhinho dele que tava remelando muito (...) começou no hospital (...) eu levei meu bebê no postinho e ela passou uma pomada e um soro pra mim (...) foi o remédio que ajudou.

O discurso da usuária (U2) demonstra que ela não compreendeu que a enfermidade, sífilis, é uma situação de adoecimento e que deveria ser tratada com antibiótico, porque se trata de uma doença infectocontagiosa e que prejudica a sua saúde, assim como a vida do futuro filho. Na fala o antibiótico é referido como se este fosse uma vacina, e, portanto, prevenia a doença na criança, e não ficou claro que ao tomar tal medicação há a possibilidade da cura da sua doença. Na sua explanação aponta o medo da injeção como uma justificativa para a não adesão ao tratamento.

No caso do usuário U1, permite refletir sobre a discussão da promoção da saúde do homem, e a resistência deste sujeito em buscar ajuda para adotar medidas que previnam adoecimentos e promovam a sua saúde. O participante relata que mesmo diante dos sinais e sintomas, e no momento da entrevista já do adoecimento, sua compreensão é que o homem não fica doente se consegue estar hígido para o trabalho e que é natural o homem ter vergonha de procurar a assistência à saúde.

Nos relatos percebe-se que muitas vezes o usuário tem dificuldade de compreender a gravidade do seu caso e refere uma história que indica a resistência à busca de ajuda no setor saúde, assim como resiste ao tratamento indicado. Falta uma compreensão clara entre a diferença de uma saúde preventiva e curativa, conforme pode ser observado no discurso a seguir.

U5 (...) eu posso estar doente (...) só procuro o médico quando eu estou com dor.

A resistência inicial que se apresenta rotineira deve ser enfrentada pelo serviço de saúde para que ela seja a menor possível e em tempo exíguo. Porque dependendo do quadro e do tempo de engajamento do usuário ao tratamento recomendado poderá haver um agravamento do seu estado de saúde.

5.4.2 Subcategoria – mobilização e limitação de recursos para o enfrentamento das necessidades dos usuários

Para os usuários e familiares a procura por profissionais ou serviços de saúde foi por demanda espontânea. A motivação principal foi a aquisição de materiais, insumos específicos, ou atendimento de especialidades. Pelos relatos sobre os atendimentos que tiveram no setor saúde ficou evidente que o houve dificuldade de acesso à assistência e que esta foi fragmentada e não resolutivas para as demandas que tinham. Tais relatos permitem afirmar que os participantes tiveram as suas necessidades submetidas à intervenção e ao provimento e recebimento de insumos, materiais que permitisse a eles desenvolverem os cuidados gerais e específicos. O usuário U7 destacou a diferença entre o cuidado promovido pelo técnico, no caso o curativo feito pela enfermeira, e o cuidado promovido pelo familiar treinado pela equipe, assim referiu que o familiar faz o melhor na medida do possível, mas que não se tem o mesmo resultado.

Nos relatos tem-se que os usuários ao perceberem que não conseguiriam os recursos junto ao serviço local de saúde para os cuidados que necessitariam promover se deslocaram em busca de ajuda, seja mobilizando amigos, parentes ou outros membros da comunidade, conforme discursos a seguir.

U1 (...) na verdade eu utilizo bastante gaze, luva, pra fazer a limpeza (...) daí a gente foi pro postinho (...) Eles estavam tentando ver se conseguiam [fala da bolsa de colostomia] (...) mas demorou tanto que essa outra menina conseguiu pra nós. (...) a da igreja a Claudia [nome fictício].

U3 (...) eu morava na Paraíba, eu sou natural de lá e faz quase uns 4 anos, cheguei aqui, em 2010 (...) pelo que vi o sistema de saúde daqui é mais precário (...) sobre distribuir as coisas (...) lá eu tenho o celular do médico, então ele ia com o próprio carro lá em casa.

U7(...) a enfermeira que vem fazer o curativo ela me atende muito bem, tem paciência, faz bem feitinho os curativos, melhorou bastante, em casa a gente faz, mas ela não é enfermeira [refere-se à esposa], a gente faz como tem que fazer, mas ela [refere a enfermeira] tem mais aparelho, pra tirar aquelas pelezinhas branca que vai formando, e a gente sem ferramenta não pode mexer, não pode arrancar, mas sobre o atendimento dela é muito bom, eu gostei muito.

Familiar - Irmã de U10 (...) tentou suicídio (...) ele tomou os remédio tudo (...) eu corri no SAMU ajudar ele, a gente ficou bem assustado, com medo, então a gente recorreu a internação mesmo que ele não quisesse. (...) foi internado, só que ficou 1 ou 2 dias, e saiu dali, não ficou muito tempo. Tava bem revoltado mesmo (...) naquele tempo foi o CAPS que ajudou (...) o CAPS pediu pra gente pedir ajuda também pro posto no caso (...) foi por isso que a gente foi no posto pedir ajuda.

A seguir destaca-se o discurso do familiar do usuário (U7), no qual é descrito o longo percurso exigido para se atender as suas necessidades emergenciais com a finalidade de dar continuidade ao seu tratamento de saúde. Naquele momento, segundo o relato, se buscada material para a realização de curativo e a bolsa de Ileostomia para a troca recomendada. Entende-se que para o usuário isto deveria ser prontamente resolvido, mas a lógica de organização do serviço de saúde demandou uma série de diligências que seguem o protocolo vigente – preenchimento de formulários, avaliação da assistente social. No relato afirma-se que a enfermeira orientou o fluxo na tentativa de conseguir o material solicitado pela família e somente após percorrerem esse percurso a família conseguiu ser atendida, mas isso ocorreu em outro município (Curitiba), local onde passou a ser fornecido regularmente o material necessário. Neste percurso descrito pelo familiar, chama a atenção que além de não ter sua necessidade atendida o grupo teve despesas até que a situação se regularizasse.

Familiar U7 (...) o dia que eu fui no posto e falei com a enfermeira E7 (...) eu precisava de gaze (...) não conhecia bem ela (...) eu falei com ela que precisava das bolsas (...) ela falou que a bolsa não tinha, tem outra mas é descartável (...) ela me arrumou a bolsa (...) peguei a bolsa, soro e luva (...) gaze essas coisas não tinha pra dar (...) ela pegou uma ficha, nessa ficha ela pediu material pra ele, gaze, luva e soro (...) Ela pediu para eu ir na Secretaria de Saúde falar com a assistente social (...) Eu fui (...) dai eles encaminharam umas folhas que eu tinha guardado pra fazer um cadastro na unidade de Curitiba pra conseguir as bolsa, que eu pego lá em Curitiba, porque as bolsa nada nada, tem de 10, de 15, de 18 reais (...) nos fomo lá em Curitiba fazer um cadastro (...) essas bolsa tem de vários preços, nós tava comprando, agora 'tamo' pegando lá (...) tinha que comprar (...) nos 'peguemo' o laudo médico e 'levemo'.

Ainda, com relação às necessidades do usuário apresentadas junto aos serviços locais de saúde e a disponibilidade de recursos para atender, houve relato de que se o usuário demanda de uma locomoção para uma fisioterapia, ou de uma intervenção cirúrgica, ou de uma consulta de especialidade, ou de insumos para realização de cuidados domiciliares nem sempre haverá alocação de recurso no orçamento, ou ainda, se havia recurso, este já pode estar esgotado.

U3 (...) Fisioterapia não tenho (...) não tem transporte.

Mesmo nos casos em que o usuário é beneficiário de um plano de assistência à saúde privado, este não dá conta de todas as necessidades. No relato o procedimento de

alto custo não ficou por conta da assistência privada e foi direcionado para o serviço público de saúde, conforme se pode perceber no discurso a seguir.

U1(...) precisei fazer a cirurgia do câncer e o convênio não cobriu o valor (...) tive que partir pro SUS.

No relato do usuário (U1) fica claro que a solução buscada no serviço de saúde local não foi atendida. Porém, a solução mais rápida encontrada foi quando eles buscaram um dos agentes ligado à rede social próxima da família (igreja). Essa integração é importante, pois demonstra a organização social nas comunidades locais para a busca de apoio entre as pessoas que vivem naquele território. Evidencia-se assim uma maior escuta das necessidades presentes nos indivíduos por esses agentes, uma vez que elas, as necessidades, não são estranhas aos interlocutores que convivem em um território comum em uma determinada realidade. Devido à proximidade, de alguma forma, estes agentes estão mais atentos e sensíveis aos processos de desgastes presentes ali naquele cotidiano, e, portanto, são mais resolutivos, conforme discurso a seguir.

Familiar do usuário U1 - O negocio que tem lá em Curitiba que é para as pessoas ostomizadas. (...) U1- Inclusive nos fomos encaminhados por uma pessoa da igreja que a minha sogra frequenta, o pastor veio aqui (...) mulher que frequenta a igreja nos mandou pra lá (refere-se ao Centro de Ostomizados) (...) nos ganhamos bolsa pro mês inteiro. (...) Nesta parte eles [refere-se aos profissionais da Unidade de Saúde que realizaram visita domicilia] não mexeram em nada [bolsa de colostomia]. Nem na secreção que ta ali atrás (...) nem na bolsa. (...) Não, eu não pedi nada (refere-se à orientação na VD), não 'falemo' nada. (...) primeiro eu falei com a moça que tava atendendo ele (...) ela falou que vai um pessoal lá e ela vai conversar e explicar, mas eles vieram e só mediram mesmo a pressão e mais nada. (...) Eles estavam tentando ver se conseguiam [a bolsa de colostomia] (...) mas demorou tanto que essa outra menina conseguiu pra nós. (...) a da igreja a Claudia [nome fictício].

U5 (...) minha mãe faz tudo, até costurar ela costura, mesmo sem enxergar (...) faz a comida, porque eu não chego perto do fogão. (...) Se for por mim, coitada, eu não faço mais nada.

5.4.3 Subcategoria – as orientações técnicas para o enfrentamento das necessidades em saúde versus as demandas sociais e o modo de viver dos usuários.

A manutenção de outras necessidades imprescindíveis para a sobrevivência dos indivíduos, tais como alimentação, higiene, vestimenta, segurança torna-se mais

importante que o cuidado geral da saúde. Suportar dores advindas de algum agravamento torna-se menos importante do que soluções que venham a atender às necessidades sociais. No relato do caso a seguir a família não se deu conta de que a saúde do principal mantenedor da família é tão importante quanto a manutenção da sua vida com qualidade, pois para continuar recebendo os benefícios provenientes do Estado, o qual é a possibilidade de reprodução social de todo o núcleo familiar, era necessário que este sujeito fosse capaz de conduzir o processo junto ao órgão responsável pelo pagamento da aposentadoria.

A preocupação da família era a busca junto ao serviço de saúde do atestado para servir de prova de vida junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) com vista à manutenção do pagamento dos benefícios. Mas, com a visita do profissional de saúde foi constatado que a condição de saúde estava sendo agravada, pois, além de já ter uma perna amputada por complicações da morbididade crônica instalada, o usuário estava a caminho de perder a outra devido a complicações circulatórias na extremidade do membro. Na sequência a família descreveu que priorizou os cuidados de saúde, no caso com internação hospitalar, mas no tempo e na disponibilidade do familiar que se disponibilizou a ajudar.

Familiar U4 (...) Chamamos a visita, mais pelo papel do INSS (...) eu precisava de um atestado para levar no INSS, porque eles ficam renovando a cada tempo o benefício (...) da aposentadoria (...) tem pela idade e pela minha mãe que faleceu (...) pensionista (...) esse dinheiro ajudava pra um monte de coisa, pra casa, pra roupa, pra ele, tudo (...) a medica [refere-se a enfermeira E4] veio e olhou o pé do meu pai, ficou assustada (...) a gente viu que tava doendo demais (...) daí ela comentou [refere-se à enfermeira] “ta feio mesmo” tava bem drástico (...) É, no momento não era a queixa (...) mas eu tava preocupada (...) foi uma sexta-feira, ela queria que eu levasse ele naquele mesmo dia (...) foi na segunda-feira que a minha prima veio aqui (...) pegaram ele e levaram (...) internaram na hora.

No discurso a seguir a usuária (U2) afirma a sua posição quanto aos cuidados em saúde que acredita serem necessários para a sua saúde, inicialmente negou as orientações recebidas da equipe, pois não as considerava importante para a sua saúde. Depois, pela insistência dos profissionais, afirmou que foi convencida e que os cuidados orientados eram importantes para a sua saúde.

U2 (...) Eu não gosto muito que fique pegando no meu pé, eu já me sinto assim incapaz sabe, só que nessa parte eu achei bom por causa que eu tava meio naquela “não, eu sei que eu vô fazer pré-natal, mas vai ser do meu jeito” (...) fiquei pensando, porque não desde o começo (...) há do meu jeito eu acho que nem

teria feito ainda (...) eu ia ao medico no dia que eu queria “é hoje e pronto”, entende? Mas não é bem assim, então eu entendi, tem que entender (...).

Nos relatos dos casos, ficou evidente que o enfrentamento ao problema apresentado ocorreu pela capacidade do usuário e sua família em modificar situações da própria vida, ao contrário, segundo os participantes usuários, a abordagem adotada pelos profissionais de saúde foi fundamentada na análise do risco do indivíduo que estava naquela situação. Para a usuária (U2) a gravidez é a sua possibilidade de abandonar a dependência química, e ainda, uma perspectiva de constituir uma família que não teve. Ao referir os filhos mais velhos a entrevistada relata que estes estão sob os cuidados de parentes e amigos, os quais lhes proporcionam uma vida digna e com segurança. Nesse sentido segue afirmando que o filho que está gerando será cuidado por ela e pelo atual companheiro, mesmo que esta não tenha sido uma gravidez esperada e desejada. Assim, pode-se afirmar que para esta mulher este momento de vida representa o desejo de uma realidade de vida familiar que até o momento não conseguiu construir, em um determinado momento fala de um possível casamento.

Este caso no relato da enfermeira é apontado como uma gravidez de risco pelo diagnóstico da sífilis na gestante. A usuária tem a percepção de que há um cuidado mais intenso com ela e com o bebê e, no seu discurso, demonstra gratidão pelos cuidados que tem recebido da equipe de saúde. O real motivo para o cuidado mais intenso da equipe para com ela não foi apontado no discurso da usuária, e ainda, afirma que quer o cuidado da equipe, mas ao mesmo tempo, não quer se submeter aos apazamentos das consultas e demais procedimentos, pois tem autonomia para decidir sobre sua vida. Outro ponto significativo é que a usuária refere o abandono da bebida alcoólica e suas ‘fugas’ como o cigarro, um prazer que nesse momento acreditava não fazer mal para o bebê, como também afirma que não consegue superar essa dependência do cigarro.

U2 (...) esses filhos da gente a gente faz tudo por eles (...) parece que a gente cria mais juízo (...) tomar álcool eu já não tomo (...) aqui já ninguém deixa. (...) O cigarro a gente não para (...) eu fumo há anos (...) eu diminuí bastante, mas ainda fumo. (...) eu fumava maconha, mas agora tudo prejudica (...) a gente sabe que faz mal (...) a gente não tá prejudicando só a gente. (...) quando a gente era sozinha a gente não pensa em nada (...) depois que a gente tem filho, nossa, daí já é uma responsabilidade enorme (...) com os outros praticamente já nem me preocupava, mas agora essa gravidez foi que pegou mais de jeito (...) pensava que meus filhos estão praticamente criados (...) aconteceu de volta. (...) O gesto deles foi legal [fala da equipe de saúde] (...) eles virem atrás (...) mostrou uma preocupação. (...) Não porque não tem motivo [sobre o conselho tutelar] (...) sempre fui uma pessoa que (...) tomei conta da minha vida (...) eu mesmo decidia

(...) eu me senti protegida, eu amei, adorei, ainda adoro o pessoal tudo (...) nada disso eu queria para mim. Queria casar de verdade, ter meus filhos (...) uma família mesmo, mas não foi (...) foi filho de um e de outro (...) me arrependo por causa dos meus filhos (...) nem tudo foi como eu sonhava (...) só de ter eles já é uma alegria pra gente (...) estudei até a 5ª série porque eu venho também de família sofredora (...) eu tinha meus irmãos pequenos (...) tinha que estudar e ao mesmo tempo cuidar deles, pra minha mãe e meu pai trabalhar (...) eu já estudava muito pouco (...) comecei a trabalhar cedo pra ajudar em casa (...) comecei a trabalhar em uma firma de móveis (...) a minha profissão. (...) faço uns trabalhinhos (...). Mas trabalhar registrada agora, grávida não tem como. (...) trabalhava de doméstica, pegava firma pra limpar. (...) ele [o companheiro atual] trabalha de construção (...) a gente se vira (...) se tão precisando de alguém pra subir uma casa, ele vai lá e ajuda. (...) a bolsa escola é da minha filha (...) nós dois se ajunta e vive assim. Com a ajuda da sogra e do sogro também (...). A gente se separou (...) se 'ajuntemo' de volta (...) agora é pra valer e fazer alguma coisa na vida (...) levar uma vida normal (...) quando a gente era sozinha a gente não pensa em nada (...)

5.4.4 Subcategoria - a aceitação do usuários para utilizar as orientações no enfrentamento das suas necessidades em saúde

Os participantes usuários revelaram que muito embora existam dificuldades no sistema público de saúde estas podem ser superadas pelo diálogo entre usuários e profissionais para que juntos promovam os cuidados necessários em cada situação. Nos relatos se apontou que muitas vezes o usuário tem a aceitabilidade mais tardiamente, mas em algum momento ela vem e aí ocorre uma forte adesão dos usuários às ações disponíveis nos serviços de saúde. Porém, alguns usuários revelaram suas dificuldades para aderirem às orientações repassadas pelos técnicos, o que leva a uma baixa adesão aos cuidados orientados. No caso a seguir a aceitação à orientação foi lenta e gradual, mas ao final, conforme o relato, a usuária compreendeu o papel do serviço de saúde e a importância do tratamento de saúde demonstrando satisfação e se desculpando por não ter cumprido o acordado com a equipe.

U2 (...) mas também a gente já terminou o tratamento. (...) Quando eu fui ver "meu Deus passei o dia da consulta quantos dias.". (...) ligaram, fui fazer exame, esqueci de buscar. (...) a enfermeira ligou pra cá (...) imagina que vergonha esquecer de tudo, mas dai eu já fui correndo buscar os exame, já no outro dia já levei pro médico

6. ANÁLISE

Para iniciar esta fase do trabalho retomamos os pressupostos apontados por Breilh (1990) sobre o movimento da vida em determinado espaço e tempo. O autor afirma que ao explorar a reprodução social de determinados grupos, comunidades ou populações é possível compreender o movimento da vida que ocorre em um espaço, o qual é concreto, e ao mesmo tempo, geográfico, histórico, social, econômico e natural, e assim, é possível explorar as contradições que determinam aquela realidade para além do que se vê objetivamente.

Nesse sentido, compreendendo a realidade estudada por meio das dimensões que a conformam, a análise dos resultados será a partir da atual estrutura do sistema público de saúde para que ao final sejam identificadas as contradições dialéticas no discurso dos enfermeiros e usuários no reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das famílias, que é o objetivo geral deste trabalho.

O atual sistema público de saúde brasileiro é financiado por meio de recursos oriundos dos orçamentos das três esferas de poder, municipal, estadual e federal. Esta estrutura orçamentária inicia-se com a elaboração dos orçamentos plurianuais, diretrizes orçamentárias e dos orçamentos anuais (artigo 165 Constituição Federal).

A Lei Complementar 141/2012 definiu como percentuais mínimos nos orçamentos anuais dos municípios, estados e união sendo de 15%, 12% e 10% respectivamente destinados à aplicação no Sistema Único de Saúde. Apesar de se apresentar como um expressivo recurso para que o sistema de saúde possa desenvolver ações de diferentes complexidades, na porta de entrada da Atenção Básica, a qual é a mais próxima do usuário do sistema, o recurso nem sempre é suficiente para enfrentar as necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2006).

Ainda com relação à estruturação do SUS tem-se nas suas diretrizes que a complementaridade do sistema privado ocorrerá a partir da ausência do sistema público para prover uma ação que atenda às necessidades e demandas de saúde de uma determinada população. Os serviços privados contratados ou conveniados ao SUS, bem como os serviços públicos deverão atuar em conformidade com as diretrizes e princípios da universalidade, integralidade, igualdade, descentralização, hierarquização e regionalização, definidos na constituição de 1988 e na Lei Orgânica de saúde.

O acesso às ações de assistência e tratamentos à saúde em planos privados de assistência à saúde são segundo os contratos propostos às categorias que o adquirem e a abrangência destas ações é determinada pela relação de custos/benefícios que se estabelecem, muitas vezes, atendendo aos interesses das operadoras destes planos (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Um usuário de plano de saúde que tem acesso aos serviços que cobrem ações básicas tais como consultas de clínicos gerais, atendimentos ambulatoriais de baixa complexidade e internações hospitalares em enfermarias de curto período, ao necessitar de outras ações mais complexas, tem que custear aquilo que ainda é necessário para resolver suas demandas de saúde.

Neste estudo, como se pode verificar no capítulo de resultados, em alguns casos os usuários são participantes de plano privado de saúde, o qual está vinculado pela sua condição de trabalhador com carteira assinada. O que se percebeu nos discursos destes participantes usuários foi que os planos não deram conta do enfrentamento de suas necessidades, assim os enfrentamentos para demanda que era para ações de alta complexidade foram direcionados para o SUS.

A integralidade na assistência prevê que a população seja atendida por um conjunto de ações preventivas e curativas, oferecidas no âmbito individual e coletivo, englobando todos os graus de complexidade. Deste modo, a APS é compreendida como o primeiro nível de assistência à saúde no SUS, na qual se emprega tecnologia de baixa complexidade. A média complexidade envolve ações clínicas, especializada, e utiliza-se de recursos tecnológicos para apoio de diagnóstico e tratamento. Já a alta complexidade envolve tecnologia de alto custo, e por essa razão corresponde ao último patamar da assistência (BRASIL, 2011)

Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o público que demanda o Sistema Único de Saúde são aqueles da classe C, D e E, devido seu nível de renda, e a falta de possibilidade de participarem de planos privados de saúde que possam suportar todo e qualquer tratamento de saúde, esta população segundo dados do Instituto representa em média 65% da população brasileira. Logo, este é o panorama que os enfermeiros da atenção básica à saúde têm sob sua responsabilidade (IBGE, 2012).

No caso deste estudo na área delimitada para a investigação, regional Costeira do município de São José dos Pinhais, tem-se um contingente populacional expressivo

que depende das ações e serviços do SUS, 52.204 habitantes, (SJP-SMS, 2012). Usuários que são considerados como indivíduos históricos e socialmente construídos, da mesma forma, as suas necessidades em saúde deveriam ser consideradas. Consequentemente, ao buscarem atendimento profissional no setor saúde os usuários e suas famílias deveriam ser percebidos a partir de sua historicidade e dos processos de desgastes e de proteção existentes na sua realidade que determinam o seu processo saúde-doença. (BREILH, 2006).

[...] Na relação dialética entre o geral, o particular e o individual, ou, dito de outro modo, entre o todo e a parte, as leis do todo ou da dimensão mais ampla determinam os limites dentro dos quais pode operar o poder determinante da parte ou indivíduo; porém, estes também medeiam a determinação, especificando-a. O movimento geral determina os limites do biológico, mas o biológico também participa na determinação, na especificação do movimento. O social, as leis da reprodução social, o sistema de contradições da reprodução social determinam as condições dentro das quais se dá o movimento biológico subsumido. Porém, também as condições naturais do meio e da biologia humana participam na determinação da saúde-doença, seja através da experiência biológica acumulada que define as normas de reação do genótipo dos indivíduos, seja através dos processos fisiológicos que são possíveis em um fenótipo em circunstâncias históricas específicas [...] A vida e as possibilidades da saúde se definem nas grandes determinações estruturais, mas especificam-se nas mediações, para serem concretizadas e tornadas 'visíveis' nos indivíduos. (BREILH, 1990, p.162-3)

Ao contrário, conforme o capítulo de resultados apontou, parte dos profissionais participantes das entrevistas não descreve os usuários atendidos como indivíduos que têm historicidade e, na maioria, relatam as necessidades em saúde com centralidade nos aspectos biológicos e de sinais e sintomas dos adoecimentos. Ao caminharem os discursos para o enfrentamento descrevem ações que dão conta parcialmente das necessidades reconhecidas devido à falta de todos os recursos necessários no nível local. Resultado convergente com o estudo de Chaves (2010), o qual apontou como o enfermeiro da atenção básica em saúde faz o reconhecimento e o enfrentamento das necessidades em saúde dos usuários sob sua responsabilidade.

Neste sentido, percebe-se que a prática assistencial relatada está dissociada do princípio de integralidade e o que se constata é o predomínio da racionalidade clínica, orientada pela hegemonia do modelo biomédico, presente nas formações e nas práticas em saúde (COELHO, FONSECA, 2005).

O estudo de Brito-Silva, Bezerra e Tanaka (2012), apontam que a precariedade de estrutura física dos serviços, o processo de trabalho e gestão, a capacitação dos profissionais, os recursos e materiais insuficientes, são situações sentidas pelos usuários, e, por último, os resultados desta ineficiência dificulta o atendimento às suas necessidades.

Em quase todos os casos descritos pelos profissionais se reconheceram necessidades em saúde nas visitas domiciliares. Esta é uma atividade que deveria ser rotineira, mas ao contrário foi descrita que é realizada, em muitos casos, pela insistência do próprio usuário na busca de alguma solução para suas necessidades em relação ao quadro de adoecimento já instalado. Entre estas demandas por visitas uma foi descrita como a necessidade de um atestado médico para atender à exigência burocrática do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), a qual tinha a finalidade de manutenção de um benefício.

No caso descrito (U4), ao desenvolver a visita o profissional (E4) pode perceber o agravamento da saúde do usuário, e assim orientar o encaminhamento para que houvesse uma resposta eficaz ao que pode constatar. Nesse sentido, a família teve de rever sua demanda, mas só tomou as providências recomendadas pela profissional quando obteve o atestado necessário para os encaminhamentos junto ao INSS, caso não seguisse a orientação a necrose da única perna boa poderia redundar em óbito do provedor daquele grupo familiar.

Outro aspecto importante, segundo a fala dos participantes enfermeiros, é que nas visitas domiciliares é possível perceber os processos de desgastes pelas condições de vida dos usuários e familiares. Sem esse olhar crítico, não há possibilidade de orientar e buscar modificar processos determinantes da realidade de vida dos grupos e das famílias. Cabe ressaltar ainda que estes momentos facilitam o diálogo para compreender a história de vida e a dinamicidade das relações entre o usuário e sua família.

Nos discursos dos participantes, enfermeiros e usuários ou familiares, em diversos momentos e contextos nas falas, houve divergências e convergências, evidenciando compreensões diferentes, às vezes opostas, sobre uma mesma situação, o que podemos referir como sendo as contradições dialéticas na realidade de saúde descrita.

Por meio dos discursos analisados foi possível perceber que enfermeiros e usuários ou familiares reconheceram necessidades de formas diferentes, assim como utilizam saberes e instrumentos distintos no processo de reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde. Os profissionais de enfermagem reconheceram na realidade o agravo instalado, na constância de sinais, sintomas e queixas, como já apontados por Chaves (2010). No presente estudo, ao descreverem as necessidades em saúde dos usuários, e ainda, ao falarem como as enfrentaram, negaram a integralidade e a historicidade do sujeito, o que permite afirmar que os profissionais ainda compreendem sua prática a partir do enfoque biológico e centrado no adoecimento. Pode-se afirmar que as necessidades em saúde foram compreendidas a partir do modelo curativista, ou seja, necessidade em saúde é ter carecimento de algo para o cuidado, ter sinal, ter sintoma ou ter alguma queixa.

Essas práticas estão inseridas nos processos de produção em saúde, sendo assim, não se pode culpabilizar os agentes promotores de cuidados à saúde, se o processo de produção em saúde referenda que seja de outra forma. No processo em curso, no atual sistema público de saúde, não se está pedindo para reconhecer necessidades, os protocolos, os quais orientam os processos de trabalho em saúde estão fundamentados em referências que apontam a busca de outros resultados.

Essa contradição entre o discurso dos enfermeiros e dos usuários permite refletir o quanto os protocolos vigentes nos serviços de saúde referenda que a ação dos profissionais tenha o objetivo de dar conta da demanda, seja ela espontânea ou contínua, segundo o modelo curativista, no enfoque de risco à saúde, enquanto os usuários anseiam por uma ação de saúde que tenha em si um olhar para vê-los como um todo, ou seja, que não lhes negue a sua integralidade. Para compreender os usuários seria necessário que os deixassem expor suas histórias, falar das condições de vida que têm, e ainda, como estas determinam o desenvolvimento das ações de enfrentamento para a sua atual situação, até porque nem sempre conseguem compreender a real motivação do serviço de saúde para as ações, as atividades e os encaminhamentos que são pertinentes, segundo o olhar do técnico, para o seu caso. (CHAVES, 2010; EGRY, 1996; BREILH, 2006)

Nos discursos os participantes usuários ou a família é encontrado relato deles como indivíduos que são históricos e socialmente construídos, assim como se encontram

os processos de desgastes que determinaram os seus agravos. Os entrevistados referem o início de sinais e sintomas, as dificuldades presentes no cotidiano para lidar com a nova situação e a dinâmica da família para dar conta de tudo que têm enfrentado. Estes discursos demonstraram que os participantes usuários ao descreverem as suas situações de adoecimento ultrapassaram a visão biologicista a qual foi central nos discursos dos participantes enfermeiros. Em algumas descrições os usuários e familiares iniciam a fala narrando processos que não eram convergentes com os casos descritos pelos profissionais, ao final, pela insistência da pesquisadora em retomar a situação descrita anteriormente pelo enfermeiro como era o objetivo do estudo, é que usuário e familiar referem a mesma situação, mas com descrições de processos que estavam além do descrito pelo profissional.

Assim, os participantes usuários abarcam em seus discursos a sua forma de viver e de estar no mundo, numa sociedade e em um determinado tempo histórico. Neste sentido, o usuário se afirmou um ser histórico e social, pois, ao falarem sobre os seus agravos, se remeteram às suas histórias de vida, aos encontros e desencontros dos seus membros familiares e da sua comunidade, não se restringindo a descrever especificamente aquele momento do agravo, ao contrário, descreveram a mesma situação falada pelo técnico com riquezas de detalhes que permitiam compreender a historicidade e a determinação do processo que ora enfrentava.

Os recursos utilizados pelos participantes enfermeiros foram coerentes com a lógica empregada no reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde no setor. Os enfermeiros utilizaram de seu arcabouço teórico das disciplinas da graduação e conhecimentos gerais da área da saúde, para reconhecer as necessidades, e também dos instrumentos e normativas técnicas vigentes (protocolos) instituídos por órgãos governamentais, mas não utilizaram conhecimentos para a captação da realidade nas dimensões singular, particular e estrutural para promover a intervenção, conforme referendam os pressupostos da enfermagem em saúde coletiva que possibilitam uma proposta de intervenções comprometidas com a transformação da realidade para além da aparência do fenômeno. (EGRY, 1996)

A prática em saúde coletiva requer dos profissionais de saúde, assim como da enfermagem, uma visão crítico-reflexiva para uma ação consciente sobre a realidade objetiva, sendo este, um processo que se inicia na formação do sujeito e que deverá ir

além do saber-fazer para posteriormente, em sua prática profissional se tornar agente de transformação dessas realidades, assim como de sua própria prática (EGRY, 1996).

O usuário demonstrou em seu discurso que se organiza com os recursos presentes na comunidade, utiliza recursos da rede social, assim como faz uso de equipamentos públicos e privados. Nos casos descritos pelos usuários e familiares, percebe-se nos relatos que os participantes tinham a clareza de que quando apresentavam alguma situação de saúde com atendimentos previstos nos protocolo de saúde era na unidade local de saúde que deveriam buscar a ajuda. Agora quando apresentavam alguma situação nova, ou uma nova condição na própria vida, que não estava prevista nos protocolos de saúde, e que com ela necessitariam de cuidado ou de adquirir insumo ou material, aí derivaram suas demandas para e se organizaram com o que estava ao seu alcance, portanto, contaram com o apoio de vizinhos, amigos e igrejas para enfrentarem a situação.

A contradição que aqui se evidencia está além da prática assistencial promovida pelo profissional, pois regulamentações do setor saúde, assim como nas normas que regulamentam promoção da saúde da população em geral, há a referência para que o indivíduo seja atendido de forma integral com a garantia de acesso universal aos serviços de saúde, e ainda, que as ações são multiprofissionais e intersetoriais. Mas, nos relatos, não é o que se percebe, pois as ações dos participantes profissionais para enfrentarem as necessidades em saúde reconhecidas estiveram focadas no imediato ou no carecimento de alguma coisa para promover a assistência de enfermagem, como pode ser observado na figura 2, isso mesmo sendo ações de saúde em serviços da rede de Atenção Básica.



Figura 2 - CONTRADIÇÃO DIALÉTICA NO RECONHECIMENTO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE.

Fonte: A autora (2014).

No atendimento às necessidades em saúde foi possível perceber que a forma de enfrentar é convergente com a formação técnica, pois o profissional é um sujeito histórico e social, da mesma forma que é a sua prática. Assim, o profissional reconhece as necessidades em saúde também como intervém, como já destacado anteriormente neste capítulo – centrado nos sinais e sintomas referentes ao agravo instalado no indivíduo. Situação ilustrada na figura a seguir.



A prática assistencial relatada está dissociada do princípio de integralidade. Se percebe o predomínio da racionalidade clínica, convergente com a hegemonia do modelo biomédico, o qual é norteador das formações e das orientações institucionais para as práticas em saúde.

Figura 3 - CONTRADIÇÃO DIALÉTICA NO ENFRENTAMENTO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE.

Fonte: A autora (2014).

A reflexão que se faz é que se modificaria tal modelo de atenção à saúde, pois é necessário explorar a realidade de saúde do usuário nas diferentes dimensões da realidade, na compreensão de que o processo saúde-doença é determinado por processos de desgastes que muitas vezes estão invisíveis aos olhos técnicos, assim como os processos de proteção que poderiam potencializar a vida daquele sujeito (BREILH, 2006).

Para que o profissional tenha esta capacidade de refletir criticamente sobre a realidade de saúde de indivíduos, grupos ou populações, uma estratégia seria a retomada das discussões sobre as bases do movimento da Reforma Sanitária Brasileira na formação profissional. Assim como retomar os princípios do SUS, entre eles se destacando a integralidade e a intersetorialidade, mas principalmente discutindo-se as condições de trabalho que são determinantes da prática do profissional, o que delimita até onde se pode intervir em cada caso.

No discurso do participante enfermeiro o trabalho multiprofissional e intersetorial foram apresentados como ferramentas que potencializaram a intervenção. Em alguns casos descritos, a primeira intervenção realizada foi escutar a família do usuário, para posteriormente acionar a rede intersetorial, serviço social e serviço de saúde mental. A visita domiciliar foi a estratégia para promover o vínculo e a aproximação da equipe com a realidade do usuário, no caso, toda a ação foi realizada com a equipe multiprofissional.

As atividades de educação em saúde por meio de orientações foram descritas como um recurso que promove a conscientização do usuário sobre o seu processo saúde-doença. O planejamento familiar foi apontado como um recurso que contribuiria para o controle de futuras gestações, as quais poderiam ter com complicações genéticas e sociais para essa família. Para os profissionais entrevistados as orientações se apresentam como um instrumento de trabalho de maior disponibilidade, uma significativa intervenção em saúde.

O reconhecimento da violência advinda da presença do narcotráfico no território, assim como suas implicações nas relações sociais e no processo saúde-doença dos indivíduos que ali vivem, bem como as dificuldades para enfrentar as situações determinadas por estas questões revelou o pouco preparo desses profissionais para enfrentar as necessidades em saúde que foram determinadas por tais processos. Assim como, em nenhum momento houve referência a políticas públicas de outros setores para

enfrentar as questões dessa ordem, aqui se fala de ações intersetoriais – educação, segurança, trabalho, entre outros.

Embora a Constituição Federal de 1988 (BRASIL,1988) traga um comando explícito que saúde é um direito de todos e um dever do Estado, ainda não alcançamos este ideário de igualdade, em parte por estarmos frente a um Estado neoliberal, que exige diretamente da população parte da resolução de seus problemas. Muito embora este encargo não seja justo, até porque acaba recaindo sobre os ombros dos menos favorecidos, sendo aqueles que no caso da saúde não têm capacidade econômica para suportar com recursos próprios e também não têm possibilidade de contratar ou comprar serviços através de planos de saúde privados.

Nos relatos dos participantes usuários são muitos os detalhes que estão além das situações descritas pelos profissionais, acredita-se que no serviço local de saúde não há tempo nem condições para se realizar estas escutas, como o próprio discurso dos profissionais fica demonstrado. Isso fica referendado pelo que ocorreu nas entrevistas realizadas para este estudo, pois embora o usuário/familiares estivessem encontrando pela primeira vez com o pesquisador, estes confiaram muitas particularidades das suas histórias e expectativas para a mudança na vida, ou seja, não se trata somente da construção de vínculo, mas de uma disponibilidade para a escuta com tempo e estrutura física adequados para tal.

Isso pode ser encontrado no discurso sobre um atendimento na unidade de saúde, no qual o familiar comenta que buscou no serviço de saúde para ter ajuda no sentido de lidar com a dependência química do filho. A irmã do usuário *U10* detalhou a história do jovem desde o episódio de tentativa de suicídio. No caso descrito pela enfermeira a situação não foi comentada.

O enfrentamento das necessidades em saúde muitas vezes requer um conjunto de ações que pode ser ligado a um único setor, como por exemplo, a saúde, mas também poderão demandar uma ação multidisciplinar. Se no Estado permeasse uma visão crítica sobre a determinação da realidade de vida da população ele poderia estar organizando os instrumentos públicos e destinando para a população recursos para esta atuação conjunta dos setores que em um projeto único se comprometessem a modificar a realidade local, buscando um sinergismo nas ações com o fim de alcançar maiores resultados com menores custos e esforços humanos.

7. Considerações Finais

A partir dos pressupostos teóricos expostos e da análise dos resultados foi possível identificar as contradições dialéticas nos discursos dos enfermeiros e usuários no reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde.

Neste sentido, destaca-se que as contradições dialéticas encontradas nos discursos dos casos relatados por enfermeiros e usuários foram para os profissionais de enfermagem entrevistados que a necessidade em saúde reconhecida se restringiu a identificar agravos, a partir de sinais, sintomas e queixas ou na constância de carência de recursos para o cuidado de enfermagem ou para condições precárias de vida. Assim, a necessidade em saúde foi referida como algo existente naquele momento em que o profissional tinha contato com o usuário e sua família, logo uma demanda pontual para a assistência à saúde, a qual estava restrita à expressão de desgaste do indivíduo em um fragmento da sua história de vida.

Contraditoriamente, o usuário, por sua vez, afirmou-se como um ser histórico e social, ao discorrer sobre as suas necessidades em saúde se remeteu às suas histórias de vida. Referiu como sua família, amigos e comunidade o ajudam a enfrentar a nova situação que no caso foram referidas como agravos, como falta de recursos e despreparo para promover os cuidados em saúde. O agravo descrito por este participante tem riquezas de detalhes que permitiam compreender a historicidade e a determinação do processo saúde-doença que enfrentava os seus sentimentos e as suas expectativas que emergiam naquele momento de vida. Tais emoções concerniam desejos de algum resultado de melhora do seu quadro clínico, alguma solução que possibilitasse a sua reprodução social, e mesmo, a reconstrução da sua vida a partir da situação vivenciada.

Diferentemente, o participante enfermeiro descreveu o agravo, conforme apontado a cima e relatando o atendimento de enfermagem realizado segundo orientação de uma racionalidade clínica com padrões de normalidade para a vida, conforme pressupõem as normatizações vigentes no setor saúde, programas e protocolos.

Com relação ao enfrentamento das necessidades em saúde os participantes foram convergentes com o próprio discurso do reconhecimento, ou seja, para o participante enfermeiro, enfrentar as necessidades em saúde era intervir para o alívio de sinais,

sintomas e queixas. Que confortasse o indivíduo e a sua família naquele momento, alguns profissionais buscaram ir além do atendimento para o atendimento ao que se necessitava de imediato, encaminhamentos, atendimento multiprofissional, intersetorial, mas todos eles não foram resolutivos devido às dificuldades nas condições de trabalho e organização da rede de serviços. Diante da não resolutividade da intervenção técnica, o usuário busca soluções no seu cotidiano mobilizando sua rede de apoio na própria comunidade, seja ela a família, vizinhos, amigos ou instituições religiosas.

A lógica de reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde contraditória entre os participantes desse estudo evidencia-se a contradição dialética de dois sujeitos (enfermeiros e usuários) que estão em polos opostos da mesma realidade. Um sujeito, o enfermeiro, olhando a realidade a partir da sua perspectiva técnica científica desenvolvida na sua formação e buscando soluções a partir das regras e normas estabelecidas pelo setor saúde. O outro, o usuário, olhando a realidade a partir da sua vivência com todas as experiências que lhe são possíveis, assim caminha no seu cotidiano buscando solução para conseguir atender as necessidades que percebe serem imprescindíveis para a continuidade da sua vida.

Por fim, finaliza-se este estudo apontando a necessidade da promoção de um diálogo permanente entre os trabalhadores da saúde e a população, por meio da construção de projetos políticos que permita o reconhecimento e enfrentamento de necessidades em saúde, os quais consideram os indivíduos, enfermeiro e usuário, como seres integrais, que vivem segundo a sua inserção na sociedade em um tempo histórico, com desejos e expectativas para a vida.

Nesse sentido, considera-se necessário que haja o aumento da oferta de serviços locais, assim como de alta complexidade, que as intervenções em saúde sejam de fato resolutivas. Nesta perspectiva é necessário se discutir e investir na formação de técnicos da área da saúde com referências teóricas e metodológicas que fundamentam a intervenção em saúde coletiva, a qual deve ser comprometida com a transformação de realidades precárias para a vida do cidadão.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. S.; *et al.* **Políticas públicas e organização do sistema saúde:** antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: Whestphal, MF. Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS. São Paulo: editora da USP, 2001.
- ALMEIDA FILHO, N. de. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 3, n. 1-3, p. 4-20, 2000.
- ANDRADE, L. R.; TEIXEIRA, M.; MACHADO, C. V. Gestão do Trabalho na Atenção Básica: a proposta da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 65-76, 2012.
- ASSIS, M. M. A.; *et al.* Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a estratégia Saúde da Família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS**. v.10, n.2, p. 189-199, jul./dez. 2007.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Edição Revista e Atualizada. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. O papel do gestor estadual no SUS. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Convergências e divergências sobre a Gestão e Regionalização do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2004.
- BARATA, L.R.B.; *et al.* Epidemiologia Social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 7-17, 2006.
- BARBOSA, A. C. Q. (Coord) *et al.* **Saúde da Família no Brasil:** situação atual e perspectiva Estudo Amostral. Relatório Final. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Diretoria de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2009.
- BOBADILLA, J. L.; POSSAS, C. A. Health policy issues in three Latin American Countries: Implications of the epidemiological transition. In: *The Epidemiological Transition: Policy and Planning Implications for Developing Countries* (J. N. Gribble; S. H. Preston, ed.), p. 145-169, Washington, DC: **National Academy Press**, 1993.
- BORDO, A. A. **As Diferentes Abordagens do Conceito de Território**, 2008. Disponível em<<http://www.fesfsus.net.br/guiadotrabalhador/As%20Diferentes%20Abordagens%20do%20Conceito%20de%20Territ%C3%B3rio.PDF>> Acesso em: 10/06/12.
- BOTAZZO, C. **Unidade básica de saúde:** a porta do sistema revisada. Bauru, SP: EDUSC, 1999.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** de 05 de outubro de 1988. DF: GP, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. In: **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Série A. Normas e manuais técnicos. **Caderno de Atenção Básica**. v. 1, n. 28. Brasília (DF), 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**, Brasília (DF), 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade**. Brasília: CONASS, 2011b.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: Mota, A.E. (Org.) *et al.* **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. Ver. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31 (sup1): p. 13-27.

BREILH, J. Reprodução social e investigação em saúde coletiva: construção do pensamento em debate. In: COSTA, Dina. C.(org). **Epidemiologia teoria e objeto**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1990.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A.F.B.; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para a sua efetivação. Interface, Bocatú, v. 16, n. 40, p. 249-260, abr. 2012.

CAMARGO JUNIOR, K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de Saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.11, n.23, 2007.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.4, p.1260-8, 2005.

CAMPOS, O.; O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento de saúde. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo,3(1): 79-81, 1989.

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão: trabalho médico e o programa de Saúde da Família.** 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

CASTELLANOS, P.L. Sobre el concepto de salud-enfermedad: descripción y explicación en la situación de salud. In: MENDES, E.V. **Uma Agenda para a saúde.** São Paulo:Hucitec,1999.

CECILIO, L. C .O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (org) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

CHAVES, M. M. N. **Competência avaliativa do enfermeiro para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das famílias.** Tese [doutorado]. Programa Interunidades EE-EERP da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010. 271 p.

COELHO, C.C. **A Política de Saúde no Brasil Pós-Constituinte: Conflitos e tendências,** 10 p. Trabalho não publicado (2002).

COHN, A. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** São Paulo, 3ª ed. Cortez, 1999.

COWLEY, S.; MITCHESON, J.; HOUSTON, A. M. Structuring health needs assessments: the medicalisation of health visiting. *Sociol Health In.* 2004; 26(5): 503-26.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão municipal de saúde: textos básicos.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

D' AGUIAR, J. M. M. **O Programa Saúde da Família no Brasil: a resolutividade do PSF no Município de Volta Redonda (RJ), 2001.** Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

EGRY, E. Y. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem.** São Paulo: Ícone, 1996.

EGRY, E. Y, CUBAS, MR (Org.) O Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva no Cenário CIPESC - Guia para pesquisadores. Curitiba: Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Paraná, 2006. 181 p.

EGRY, E. Y (Org). **As necessidades em saúde na perspectiva da Atenção Básica: guia para pesquisadores.** São Paulo: Dedone Editora, 2008.

FERNANDES, D. M. O. A. **Contextualização da Estratégia de Saúde da Família em Blumenau no âmbito das Políticas de Saúde no Brasil.** 2003. 90 f. Trabalho de

Conclusão de Curso (Especialização Multiprofissional em Saúde da Família) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

FONSECA, R. M. G. S; EGRY, E. Y.; BERTOLOZZI, M. R. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde-doença. In: EGRY, E. Y; CUBAS, M. R (organizadores). **O trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário CIPESEC**. Curitiba: Mult-Graphic; p.19-61, 2006.

FONTES, O. L. **Além dos sintomas**: superando o paradigma saúde e doença. Piracicaba: UNIMEP, 1995.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado a mudanças do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

GUTIERREZ, P. R.; OBERDIEK, H. I. Concepções sobre a saúde e a doença. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Orgs.) **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

HAESBERT, R. **Desterritorialização e identidade**: a rede “gaúcha” no nordeste. Niterói: EDUFF, 1997.

HELLER, Á. **Teoría da las necesidades en Marx**. 2.a ed. Barcelona: Península;1986.

IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Leituras regionais: Mesorregião Geográfica Metropolitana de Curitiba. Curitiba: IPARDES; 2012.

KONDER, L. **O que é dialética**. 8. ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1981.

KUJAWA, H.; BOTH, V.; BRUTSCHER, V. **Direito a Saúde com Controle Social**. Passo Fundo: Fórum Sul da Saúde, 2003.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In NUNES, E. D. **Medicina social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global, p. 133-58, 1983.

LEAVELL, S; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGrawHill, 1976.

LUCCHESI, P. T. R.; *et al.* 11ª Conferência Nacional de Saúde. **Efetivando o SUS**: Acesso, Qualidade e Humanização da Atenção à Saúde, com Controle Social. Termos de Referência para Desenvolvimento dos Sub-Temas. Brasília: Assessoria de Programação da 11ª Conferência Nacional de Saúde. (mimeo.) 2000.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de ‘transição democrática’ — anos 80. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n.2., 1991.

LUZ, M. T. Demanda em Saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

MARTINS JUNIOR, F. Análise do Processo de implantação do SUS no Brasil e propostas de avanço com a garantia dos princípios definidos legalmente. In Brasil: **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Convergências e divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2004.

MACKENBACH, J. P.; KUNST, A. E. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. **Social Science and Medicine**, Inglaterra, v. 44, n.6, p.757-771, 1997.

MAFRA, M. R.; CHAVES, M. M. N. O processo de territorialização e de atenção à saúde no programa saúde da família. **Fam. Saúde e desenv.**, Curitiba, v. 6, n.2, 2004.

MARQUES, C. M. S. **As competências crítico-emancipatórias e a formação dos trabalhadores do nível médio em enfermagem**: focalizando as políticas ministeriais [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2007.

MARSILGLIA, R. M. G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JUNIOR, N. Políticas Sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. Disponível em:

<http://asp.org.br/saudesociedade/XIV_2/artigo%206_revista%2014.2.pdf> Acesso em: 16/04/2012.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**. v. 20, n. 5. Rio de Janeiro, 2004.

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

MENESES A. A. R.; ROCHA, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** v. 9, n.17, p.303-16, 2005.

MELLO, C. G. O Sistema de Saúde em crise. In: REZENDE, A. L. M. **Saúde**: dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1989.

MENDES, E. V. Implantação e desenvolvimento de Distritos Sanitários: conceitos chaves. In: **Distritos Sanitários**: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo, Hucitec, 1996.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E, *et al.* **O trabalho em saúde**: olhando e experimentando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; p.15-35, 2003.

MESQUITA, R. G.; BRANDT, C. N. Avaliação Do Desenvolvimento Infantil Na Consulta De Enfermagem Pediátrica. **Ensaio e Ciência**, v. 10, n. 1, p. 223-237, 2006.

MINAYO, M. C. S. *et al.* **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

NAKAMURA, E.; EGRY, E. Y.; CHIESA, A. M.; *et al.* O Potencial de um Instrumento para o Reconhecimento de Vulnerabilidades Sociais e Necessidades de Saúde: Saberes e Práticas em Saúde Coletiva. **Rev Latino-am Enfermagem**, março-abril 2009.

NEVES, L. A.; RIBEIRO, J. M. Consórcios de saúde: estudo de ensaio exitoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, 2006.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Bull World Health Organ.** 79: 161-70, 2001.

PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil ou recusando o *apartheid* sanitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 18-20, 1996.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, N. F. **Epidemiologia e saúde**: 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, N. F. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PALMEIRA, G. *et al.* Processo saúde doença e a produção social da saúde. In: EPSJV. (Org.) **Informação e Diagnóstico de Situação**. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV, 2004.

PUSTAI, O. J. O Sistema de Saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT M. I.; GIUGLIANI E. R. J. (Org.). **Medicina ambulatorial**: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; p. 69-75, 2004.

REZENDE, A. L. M. **Saúde dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: 2ª ed., Cortez, 1989.

RIBEIRO, M. C. **Competência profissional**: a dimensão do saber-ser ético profissional nas práticas de saúde das enfermeiras em unidade básica de saúde [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2009.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO N. **Epidemiologia e saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SANTOS, M. O retorno do território. In SANTOS, M. *et al.* (Orgs): **Território**: Globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec, 1994.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**: fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, M. O dinheiro e o território. In SANTOS, M. (Org.). **GEOGRAPHIA**, Niterói, v. 1, n. 1, 1999.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SAQUET, M. A. O território: diferentes interpretações na literatura italiana. In: RIBAS, A.D.; SPOSIT, E.S.; SAQUET, M.A. (Orgs.). **Território e desenvolvimento**: diferentes abordagens. Francisco Beltão: UNIOESTE, 2004.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M.I.B.; MENDES GONÇALVES R.B. (Orgs.). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, p. 29-47.1996.

SCLIAR, M. **Do Mágico ao Social**: trajetória da saúde pública. São Paulo: Senac, 2002.

SILVA, L. A. **Organização dos serviços de saúde no Brasil**: Sistema Único ou Sistema Múltiplo de Saúde, 1999.

SOARES, L.T. As atuais Políticas de Saúde: os riscos dos desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 53, n. especial, 2000.

SOARES, L. T. **Saúde para todos em 2005**. Laboratório de Políticas Públicas. Rio de Janeiro, 2005 (Publicação em série).

SOUZA, E. C. F. (2000) O processo saúde-doença: do xamã ao cosmos. <http://www.geocities.com/athens/styx/4648/pro-sal.htm>. Acesso em: 05/05/2012

SOUZA, M. H.; *et al.* Sistema de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v. 6, n. 2, 2006.

TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(Suplemento): 153-162, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de Atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. **Saúde e Democracia**: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/OPS/OMS, p.451 – 477, 2005.

TERENCE, M. F. **PSF/PCS**: astúcia neoliberal? Disponível em: <www.apsp.org.br/divulga/momento APSP_1.pdf> Acesso em: 25/03/2012.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

VIANNA, S.M. *et al.* **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/medindo_a_desigualdade_no_brasil.pdf> Acesso em: 07/05/2012.

WERMELINGER, M.; *et al.* Transformações do mundo do trabalho e a formação em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 92-101, maio, 2012.

YAMAMURA, Y. **Acupuntura Tradicional**: a arte de inserir. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Roca, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ENFERMEIRAS (OS)

- 1) Descreva com bastante detalhes um caso em que você reconheceu necessidades em saúde de uma família que você atendeu nos últimos 15 dias?
- 2) Na situação descrita, comente quais foram as necessidades em saúde que você reconheceu e se você acha que conseguiu atender às necessidades do usuário.
- 3) Comente sobre as intervenções que você desenvolveu no caso descrito.

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA ENFERMEIRA (O)

Você está sendo convidada (o) para participar voluntariamente da pesquisa intitulada **"As contradições dialéticas nos discursos dos enfermeiros e dos usuários no reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde"** desenvolvida pela mestrandia Bruna Kruczewski, sob a orientação da Professora Doutora Maria Marta Nolasco Chaves, da Universidade Federal do Paraná. A pesquisa tem como objetivo geral: **Identificar as contradições dialéticas nos discursos dos enfermeiros e dos usuários no reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde.**

Sua participação é voluntária e consiste em *participar de uma entrevista semi-estruturada* com duração aproximada de 30 minutos. Serão garantidos o seu anonimato e o sigilo das informações.

A entrevista será gravada e lhe será permitido ouvi-la ou lê-la, depois de transcrita, bem como discutir seu conteúdo junto à pesquisadora, se assim o desejar. Todo o material ficará sob guarda da pesquisadora por um período mínimo de 5 (cinco) anos e os resultados serão utilizados exclusivamente para fins científicos.

Durante a pesquisa você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, podendo recusar-se a responder perguntas ou deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim o desejar.

Para aceitar participar da pesquisa nas condições descritas acima, você deve ler e depois assinar a declaração a seguir:

Como participante da pesquisa afirmo que fui devidamente orientada (o) sobre a finalidade e objetivo da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo. Minhas dúvidas foram esclarecidas suficientemente e concordo em participar do estudo. Declaro que concordo com a utilização de todos os dados por mim fornecidos, nesta pesquisa.

Local e data _____

Participante: (nome e assinatura) _____

Pesquisadora: Bruna Kruczewski

Telefones para contato: (41) 99657606; (41) 34081324.

Endereço: Rua José de Alencar 1867 - Juvevê - Curitiba-PR.

CEP: 80.040-070

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA O USUÁRIO

Você está sendo convidada (o) para participar voluntariamente da pesquisa intitulada "***As contradições dialéticas nos discursos dos enfermeiros e dos usuários no reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde***" desenvolvida pela mestrandia Bruna Kruczewski, sob a orientação da Professora Doutora Maria Marta Nolasco Chaves, da Universidade Federal do Paraná. A pesquisa tem como objetivo geral: ***Identificar as contradições dialéticas nos discursos dos enfermeiros e dos usuários no reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde.***

Sua participação é voluntária e consiste em *participar de uma entrevista semi-estruturada* com duração aproximada de 30 minutos. Serão garantidos o seu anonimato e o sigilo das informações.

A entrevista será gravada e lhe será permitido ouvi-la ou lê-la, depois de transcrita, bem como discutir seu conteúdo junto à pesquisadora, se assim o desejar. Todo o material ficará sob guarda da pesquisadora por um período mínimo de 5 (cinco) anos e os resultados serão utilizados exclusivamente para fins científicos.

Durante a pesquisa você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, podendo recusar-se a responder perguntas ou deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim o desejar.

Para aceitar participar da pesquisa nas condições descritas acima, você deve ler e depois assinar a declaração a seguir:

Como participante da pesquisa afirmo que fui devidamente orientada (o) sobre a finalidade e objetivo da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em sigilo. Minhas dúvidas foram esclarecidas suficientemente e concordo em participar do estudo. Declaro que concordo com a utilização de todos os dados por mim fornecidos, nesta pesquisa.

Local e data _____

Participante: (nome e assinatura) _____

Pesquisadora: Bruna Kruczewski

Telefones para contato: (41) 99657606; (41) 34081324.

Endereço: Rua José de Alencar 1867 - Juvevê - Curitiba-PR. CEP: 80.040-070

APÊNDICE 4 - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS/FAMÍLIAS

- 1) Solicitar ao usuário que comente sobre a sua percepção sobre a situação descrita pelo enfermeiro (retomar o caso descrito pelo enfermeiro).

Passos:

- a) No início desta nossa conversa gostaria de lembrar com você uma situação sobre a saúde de sua família (comentar o caso)
- b) Pesquisador: descreve sucintamente a situação comentada pelo enfermeiro.
- c) Diante disso gostaria que você comentasse sobre esta situação, e assim falasse sobre as necessidades que você (s) sentiu (ram) nesse episódio.
- d) Comente como você e sua família se organizaram para enfrentar esta situação.

ANEXOS

Anexo 1 - Parecer de aprovação do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As contradições dialéticas nos discursos dos enfermeiros e dos usuários no reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde

Pesquisador: MARIA MARTA NOLASCO CHAVES

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 13810813.3.0000.0102

Instituição Proponente: Universidade Federal do Paraná - Setor de Ciências da Saúde/ SCS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 309.020

Data da Relatoria: 19/06/2013

Apresentação do Projeto:

Trabalhos de pesquisa que discutem as necessidades em saúde das famílias apontam a dificuldade do enfermeiro em reconhecer os determinantes das necessidades em saúde em suas várias dimensões os quais ultrapassam a dimensão biológica. Assim, acredita-se que a partir do reconhecimento das contradições dialéticas no reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde nos discursos de enfermeiros e usuários é que se consegue promover intervenções para aquilo que as famílias realmente necessitam. Ao reconhecer as necessidades em saúde dos indivíduos, e o distanciamento entre as percepções destes e do técnico que o atende, intervenções em saúde mais resolutivas poderão ser promovidas.

A presente pesquisa trata-se de uma proposta exploratória de caráter qualitativo, que tem como objetivo identificar as contradições dialéticas no discurso dos enfermeiros e usuários no reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das famílias. O estudo está ancorado na Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), a qual é fundamentada no Materialismo Histórico e Dialético (MHD), assim referenda que a percepção da Realidade Objetiva (RO) ocorra nas dimensões que a conformam: singular, particular e estrutural.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

UF: PR

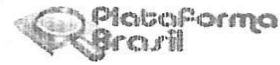
Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 309.020

exercem suas atividades profissionais nas Unidades Básicas da Regional de Saúde Costeira e adultos responsáveis pelas famílias indicadas nos discursos dos enfermeiros entrevistados que concordarem livremente em participar da pesquisa. O roteiro para a entrevista será composto de duas partes sendo a primeira destinada à coleta dos dados para caracterização dos sujeitos e a segunda com questões abertas sobre as necessidades em saúde reconhecidas e enfrentadas pelos participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Identificar as contradições dialéticas no discurso dos enfermeiros e usuários no reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das famílias.

Objetivos específicos: 1) Descrever as necessidades em saúde das famílias reconhecidas e enfrentadas pelos enfermeiros em um determinado território;

2) Conhecer as necessidades em saúde das famílias percebidas e enfrentadas pelos usuários de um determinado território.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Neste estudo as entrevistas serão realizadas com indivíduos adultos acima de 18 anos, enfermeiros e usuário (adulto responsável pela família) do serviço de saúde local, que aceitarem participar do estudo por meio da sua assinatura Termo Livre e Esclarecido.

Como benefício, as pesquisadoras esperam contribuir com a prática do enfermeiro na Atenção Básica no sentido de atender as necessidades em saúde dos usuários e de suas famílias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atendidas as considerações citadas no parecer concubstânciado de nº 280.215, sendo que o Coparticipante assina a Declaração de concordância.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 309.020

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Anexada a declaração final modelo CONEP, onde o Coparticipante declara ter lido e concordar com o Parecer deste CEP/SD.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa, tanto o participante como o pesquisador deverão rubricar todas as páginas do TCLE, opondo assinaturas na última página do referido Termo (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS);

CURITIBA, 19 de Junho de 2013

(Assinador por:
Cláudia Seely Rocco
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br