

Graziano, Ana Paula; Yoshikawa Egry, Emiko

Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias

Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 46, núm. 3, junio, 2012, pp. 650-656

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033317016>



Revista da Escola de Enfermagem da USP,

ISSN (Versão impressa): 0080-6234

reeusp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias

THE MICROPOLITICS OF THE WORK OF HEALTH PROFESSIONALS IN HEALTH CENTERS: REGARDING THE HEALTH NEEDS OF FAMILIES

MICROPOLÍTICA DEL TRABAJO DE PROFESIONALES DE SALUD EN LA UBS: VISIÓN SOBRE NECESIDADES DE SALUD DE LAS FAMILIAS

Ana Paula Graziano¹, Emiko Yoshikawa Egry²

RESUMO

Este estudo teve como objetivo compreender as potencialidades e limitações do processo de trabalho da enfermagem de uma Unidade Básica de Saúde para o reconhecimento das necessidades de saúde da população. A vertente metodológica utilizada foi a pesquisa social, na perspectiva qualitativa, tendo como base de análise dos discursos a hermêutica-dialética, e como alicerce a Teoria da Interpretação Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva. Os dados foram coletados por meio da entrevista semiestruturada e os processos de trabalho das equipes foram analisados através do Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção de um Serviço de Saúde. Concluiu-se que há limitações no cotidiano do processo de trabalho da equipe de enfermagem à medida em que o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde perpassavam pela identificação de agravos instalados, deixando em segundo plano os determinantes sociais das más condições de vida associadas ao processo saúde-doença.

DESCRITORES

Necessidades e demandas de serviços de saúde
Saúde da família
Enfermagem em saúde comunitária
Enfermagem em saúde pública

ABSTRACT

The objective of this study was to understand the strengths and limitations of the process of nursing work at a health center in terms of recognizing the health needs of the population. The methodological framework used was social research in the qualitative perspective, with discourse analysis based on hermeneutics-dialectics and founded on the Theory of Praxis Interpretation of Community Health Nursing. The data were collected by means of semi-structured interviews, and the working processes of the teams were examined according to the Analyzing Flowchart of the Model of a Health Care Service. In conclusion, there are limitations in the daily working process of the nursing team regarding the recognition of the health needs of the population. Coping with these needs consisted of the identification of complications, relegating the social determinants of the poor life conditions associated with the health-disease process to a secondary concern.

DESCRIPTORS

Health services needs and demand
Family health
Community health nursing
Public health nursing

RESUMEN

Estudio que objetivó comprender las potencialidades y limitaciones del proceso de trabajo de una Unidad Básica de Salud, para reconocer las necesidades de salud de la población. La vertiente metodológica utilizada fue la investigación social en perspectiva cualitativa, teniendo como base de análisis de los discursos la hermenéutica-dialéctica, y como fundamento, la Teoría de la Interpretación Práctica de Enfermería en Salud Colectiva. Datos recolectados mediante entrevista semiestructurada, los procesos de trabajo de los equipos fueron analizados por Flujograma Analizador del Modelo de Atención de un Servicio de Salud. Se concluye en que existen limitaciones en el cotidiano del proceso de trabajo del equipo de enfermería, en la medida en que el reconocimiento y enfrentamiento de las necesidades de salud apenas pasaban por la identificación de padecimientos instalados, dejando en segundo plano los determinantes sociales de las malas condiciones de vida asociadas al proceso salud-enfermedad.

DESCRIPTORES

Necesidades y demandas de servicios de salud
Salud de la familia
Enfermería en salud comunitaria
Enfermería en salud pública

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. ana.graziano@usp.br

² Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. emiyegry@usp.br

INTRODUÇÃO

Há 20 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu com o objetivo de pôr fim à assistência à saúde desigual no País e entrou para a Constituição Federativa do Brasil, em 05 de outubro de 1988, resultado de intensa mobilização social. Dada a importância da saúde como direito de todos e dever do Estado, criaram-se princípios para a sua efetivação, sendo eles: a Universalidade, que é a *garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão*⁽¹⁾; a Integralidade, que é um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços individuais e/ou coletivos em todos os níveis de atenção; e a Eqüidade, entendida como a oferta das ações de saúde de forma adequada às necessidades de cada indivíduo, o qual é considerado um todo indivisível e inserido na sociedade. Além disso, conta com as diretrizes que regem a organização do SUS, que são: Regionalização e Hierarquização, Resolubilidade, Descentralização e Participação dos Cidadãos, que reorganizam a assistência permitindo a implementação dos princípios doutrinários, já que possibilita uma maior autonomia das unidades de saúde e um maior conhecimento das necessidades de saúde da população⁽¹⁾.

As necessidades de saúde são captadas (ou não) pelos profissionais de saúde e esta captação está associada à visão de mundo deles, construída no decorrer de sua existência, que lhes permitem elaborar o seu modo de intervenção sobre a realidade. O olhar sobre o processo de adoecimento pode estar fundamentado em duas vertentes: a Saúde Pública e a Saúde Coletiva.

A primeira está subordinada a uma compreensão positivista, na qual concebe a sociedade como totalidade de subsistemas que buscam equilíbrio e estabilidade, sendo que a concepção de saúde segue a mesma lógica de funcionamento equilibrado do organismo e de ausência de doença. A Saúde Pública está embasada na corrente hegemônica da multicausalidade, a qual determina que a causa das enfermidades é a somatória de fatores que levam ao desequilíbrio do corpo e, consequentemente, à doença. Contudo, esta compreensão esbarra em certos limites para explicar o adoecimento nas diferentes classes sociais⁽²⁻³⁾.

Em contrapartida, a Saúde Coletiva está embasada no materialismo histórico e dialético, teoria que *reconhece o papel político do Homem enquanto agente social de transformação da realidade e não como mero receptor das influências sociais*, e tem como meta a interpretação e a transformação da realidade⁽³⁾. Esta teoria fundamenta e interpreta a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, que considera tanto a dimensão biológica quanto a social, sendo este último o determinante deste processo, ao contrário da teoria multicausal. A vida em so-

ciedade é marcada pela forma como cada indivíduo se insere no modo de produção, o que determina a sua forma de viver e de se relacionar com o mundo, e corresponde a diferentes padrões de desgaste e de fortalecimento.

Entende-se por trabalho a intervenção do ser humano sobre a natureza, regida por uma necessidade social que move o sujeito à ação, e que apresenta uma intencionalidade, ou seja, há um projeto do trabalho mentalizado no início do processo⁽⁴⁾.

O processo de trabalho, como o apresentamos em seus elementos simples e abstratos, é a atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer a necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a Natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, independente de qualquer forma dessa vida, sendo antes igualmente comum a todas as suas formas sociais⁽⁵⁾.

É necessário pensar na forma pela qual as necessidades em saúde se apresentam e orientam o trabalho, pois diferentes formas de organização da vida resultam em diferentes necessidades, diferentes maneiras de satisfazê-las e, consequentemente, diferentes articulações com os processos de trabalho.

Em análise do processo de trabalho, um estudo⁽⁶⁾ traz a discussão da micropolítica do trabalho, na qual destaca a importância do *trabalho vivo* em ato, e do *trabalho morto* que são os produtos ou meios – ferramenta ou matéria-prima – já produzidos por um trabalho humano. No âmbito da saúde, o consumo dos atos em saúde pelo usuário do serviço dá-se no exato momento da produção da ação. Este encontro é um espaço intercessor de relações, no qual tanto o trabalhador quanto o usuário e/ou população carregam as necessidades.

Um outro estudo⁽⁷⁾ nos traz a reflexão acerca da importância da integralidade e eqüidade na organização das práticas profissionais e utiliza as necessidades de saúde como centro das intervenções destas práticas, principalmente o potencial que têm de melhorar a escuta nos atendimentos das pessoas que buscam cuidados em saúde. O autor destaca ser um desafio conceituar as necessidades de saúde, associadas à apropriação e implementação pelos trabalhadores em seus cotidianos, como algo que permitisse fazer uma mediação entre a complexidade do conceito e sua compreensão pelos trabalhadores, visando a uma atenção mais humanizada e qualificada.

Para o mesmo autor⁽⁷⁾, quando as pessoas procuram um serviço de saúde, carregam uma *cestinha de necessidades* que precisa ser, de alguma forma, escutada e traduzida pela equipe, pois pode ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa passou ou está passando.

É necessário pensar na forma pela qual as necessidades em saúde se apresentam e orientam o trabalho, pois diferentes formas de organização da vida resultam em diferentes necessidades, diferentes maneiras de satisfazê-las e, consequentemente, diferentes articulações com os processos de trabalho⁽⁸⁾. Dessa forma, é necessário consi-

derar dois planos distintos: o da criação e satisfação social das necessidades humanas, e o da relação do trabalho em saúde com o sistema de necessidades.

Em uma tese de doutorado, a autora⁽⁹⁾ tomou como objeto as necessidades de saúde de moradores da área de abrangência de uma unidade básica de saúde, tendo como referência o modo como são incorporadas no desenvolvimento do trabalho pelos profissionais de saúde.

A referida autora investigou quais são as necessidades de saúde reconhecidas como objeto da ação em saúde em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), e chegou à seguinte classificação: Necessidade de presença do Estado, o qual é responsável pela garantia de serviços que promovem o bem-estar social e cuja ausência implica em falta de garantia de acesso a direitos universais; Necessidades de reprodução social, relacionada à responsabilidade do Estado pelos diversos serviços necessários para a manutenção da reprodução social, no qual o processo saúde-doença é entendido como o embate entre os potenciais de fortalecimento e desgaste advindos dos perfis de reprodução social; e Necessidade de participação política, relacionada à participação da população para responder a carências advindas da ausência do Estado, bem como sua organização política no exercício da defesa de direitos.

A partir dessas considerações, o estudo teve por objetivo: compreender o processo de trabalho dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no reconhecimento das necessidades de saúde da população.

MÉTODO

A vertente metodológica utilizada nesse estudo foi a pesquisa social na perspectiva qualitativa, tendo como base de análise dos dados a hermêutica-dialética, pois entende-se que é necessário levar em conta o processo histórico em seu dinamismo, provisoriação e transformação social para compreender a mudança no processo de trabalho dos serviços de saúde. Dessa forma, há concordância com um estudo⁽¹⁰⁾ o qual defende que *não existe ponto de vista fora da história, nada é eterno, fixo e absoluto, portanto não há nem ideias, nem instituições e nem categorias estáticas*.

Este estudo fundamenta-se na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC⁽¹¹⁾, a qual se constitui um marco teórico-metodológico da questão da intervenção da enfermagem no processo saúde-doença da coletividade.

Na sua vertente metodológica, é sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social referentes à saúde e doença de uma dada coletividade, no marco de sua conjuntura e estrutura, dentro de um contexto social historicamente determinado; de intervir nessa realidade e, nessa intervenção, prosseguir reinterpretando a realidade para novamente nela interpor instrumentos de intervenção⁽¹¹⁾.

A TIPESC apresenta uma proposta sistematizadora com cinco etapas, que são: a) captação da realidade objetiva; b) interpretação da realidade objetiva; c) construção do projeto de intervenção na realidade objetiva; d) intervenção na realidade objetiva; e) reinterpretação da realidade objetiva.

Sob esse ponto de vista, considerou-se importante iluminar as diferentes partes do fenômeno, que são as dimensões singular, particular e estrutural, de modo a compreender as inter-relações dialéticas entre as partes e o todo. Sendo assim, a dimensão estrutural é constituída pela macropolítica de saúde, ou seja, a política de saúde desenvolvida no Município de São Paulo; a dimensão particular está associada à organização do serviço de saúde; e a dimensão singular refere-se ao cotidiano do processo de trabalho dos profissionais de saúde na UBS. Contudo, elas não existem de maneira independente, havendo uma permeabilidade entre si. O presente estudo foi voltado para a dimensão singular do fenômeno e percorreu duas das cinco etapas propostas pela TIPESC, que são a captação e a interpretação da realidade objetiva.

A fonte secundária foi constituída por dados estatísticos da região e a fonte primária foi composta pelos discursos dos profissionais de saúde que compunham as equipes de saúde da família da unidade básica Jardim Maracá, totalizando 24 entrevistados. A identificação dos sujeitos foi realizada com o intuito de manter o anonimato. Dessa forma, os sujeitos foram codificados pela letra P seguida de um algarismo numérico, como por exemplo, P1 (Profissional 1), P2 (Profissional 2) e assim sucessivamente. As equipes foram identificadas como E1, E2, E3 e E4.

No que se refere à técnica de pesquisa, a coleta de dados utilizou a entrevista semi-estruturada, na qual os sujeitos do estudo têm a oportunidade de refletirem sobre a realidade que vivenciam no atendimento da população, o que possibilita captar as visões e concepções dos entrevistados. As entrevistas foram gravadas, transcritas e seu conteúdo utilizado para análise.

Os preceitos éticos foram respeitados tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob Processo nº 783/2008/CEP-EEUSP, atendendo às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os entrevistados receberam um *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* o qual explica sobre a pesquisa e solicita tanto fornecimento de informações necessárias quanto autorização para a participação no estudo.

A análise dos dados coletados nas entrevistas buscou embasamento na ferramenta denominada Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção de um Serviço de Saúde⁽⁶⁾. O fluxograma é uma ferramenta analisadora do processo de trabalho em saúde, a qual interroga os *para que, os que e os como* do processo de trabalho e, ao mesmo tempo, revela o modo como os sujeitos institucionais governam o seu cotidiano. Sendo utilizado por diferentes

campos de conhecimento para visualizar o modo de organização dos processos de trabalho, ligados a uma cadeia de produção.

Esta ferramenta pode revelar *ruídos* e *falhas* que os agentes institucionais provocam no cotidiano, o que nos permite interrogar os sentidos funcionais do serviço, as distintas modalidades de jogos de interesses e as alternativas de caminhos para operá-lo cotidianamente.

Sendo assim, este estudo procurou refletir sobre os processos instalados no interior das equipes do Programa Saúde da Família (PSF) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), mais especificamente na equipe de enfermagem, com o propósito de verificar de que maneira a enfermagem realiza o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população e analisar as dificuldades no reconhecimento e no enfrentamento dessas necessidades, com o intuito de contribuir para a compreensão do universo tecnológico do trabalho vivo em ato.

A princípio será realizada a análise das *entradas do desenvolvimento da cadeia produtiva* e, posteriormente, dos *produtos resultantes do atendimento às necessidades identificadas*, as quais serão apresentadas a seguir⁽¹²⁾.

RESULTADOS

Processo de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF)

Os fluxogramas explicitam as seguintes formas de entrada ao fluxo de atendimento da UBS: por meio da visita domiciliar, presente em 13 fluxogramas; por meio de consultas, presente em 3 fluxogramas; quando a usuária já é acompanhada pela equipe e quando a UBS é procurada para atender alguma demanda, presente em 4 fluxogramas. Do mesmo modo como foram diferentes as entradas, distintos foram os produtos resultantes do atendimento às necessidades identificadas, que estão diretamente relacionados aos modos de operar das equipes e dos profissionais. Para identificar tais dados, foi solicitado aos profissionais que respondessem à pergunta: *E após a identificação das necessidades, o que foi feito?*. As respostas estão transcritas abaixo:

(...) vendo a necessidade da população, além da necessidade deste senhor, foi criado um grupo especial para eles, que é o grupo de hipertenso e diabético, que é para poder abranger uma quantidade um pouco maior destas pessoas que não podem estar passando semanalmente em consulta com o médico porque a agenda é muito lotada (...) (P2, E3).

(...) trabalhar com essas pessoas para que elas venham fazer os exames, porque só a partir dos exames que vai detectar se tem ou não a doença para começar a tratar (P2, E4).

Além do fornecimento do aparelho, (...) cadastramos ela com um remédio em casa, (...) para ela receber as medicações dela (P2, E1).

(...) a gente tem que se preocupar, separar a medicação, tem que prestar atenção para a data de validade, porque ela toma remédio vencido, então a nossa preocupação é o tratamento (P4, E3).

(...) O médico da família encaminhou para especialista de neuro e achou que a medicação que ele tomava era suficiente, né, encaminhou para especialista, para ver se o especialista pode entrar com novas medicações, foi o que foi feito (P6, E2).

A partir dessas e outras respostas, pode-se inferir as seguintes possibilidades de direção dos processos de trabalho: a) Atendimento da demanda através de grupos de hipertensão/diabetes; b) Diagnóstico e tratamento do caso; c) Acompanhamento por meio de visitas domiciliares (orientações, coleta de exames); d) Acompanhamento por meio de consultas médicas ou de enfermagem; e) Encaminhamento para atenção secundária, de acordo com a necessidade; f) Encaminhamento a outros profissionais da própria UBS; g) Fornecimento de insumos para pacientes em cuidados domiciliares; h) Cadastro em programas (remédio em casa, programa de ambulância, distribuição de insumos estratégicos).

Processo de trabalho da equipe de enfermagem da Estratégia Saúde da Família

Na análise da equipe de enfermagem, a dimensão singular (cotidiano do processo de trabalho) reiterou o olhar do processo saúde-doença das equipes. Os fluxogramas explicitaram uma prática voltada ao indivíduo e seu agravio instalado. Dessa forma, oferece uma assistência marcadamente lógica biológica, médico-centrada, individual e curativista, levando em conta ora a hipertensão, ora a tuberculose, ora a gestante Rh negativo ou com histórico de pré-eclâmpsia.

Apesar do foco ainda ser a doença, os fluxogramas mostram um olhar dos profissionais que perpassa pelos determinantes do modo de adoecimento. Alguns exemplos abaixo dos relatos completam a análise e nos ajudam a entender este processo:

Tenho um caso já meio antigo de uma paciente, que ela fazia hemodiálise lá em Itaquera (...) estávamos tentando transferir (...) de parar de fazer essa hemodiálise lá em Itaquera e conseguir a transferência dela para cá. Já que o responsável, o marido dela, diz que estava muito interessado até mesmo por questões financeiras (...). O marido não tinha condições de levá-la até Itaquera, para poder fazer essa diálise e quando conseguia gastava muito até esse deslocamento (P2, E1).

Certo dia uma moça veio fazer um teste de urina para ver se ela estava grávida, e constatou que ela estava, e você via pelos trajes dela que ela não tinha uma boa condição (...) tinha passado por duas pré-eclâmpsias nas duas gestações, e ela chorava desesperadamente porque o marido batia nela e ele não desejava o filho de jeito nenhum (P6, E3).

DISCUSSÃO

Percebe-se que houve uma predominância da utilização de tecnologias pautadas pelo saber biomédico, o qual prioriza sinais e sintomas biológicos dos sujeitos, em detrimento ao vínculo e a processos intercessores de relações. Um estudo⁽⁶⁾ traz à luz esta discussão nos conceitos de tecnologias dura, leve-dura e leve que correspondem, respectivamente, aos materiais e equipamentos, aos saberes/conhecimentos técnicos, e aos processos intercessores de relações. Tais conceitos colaboram para a compreensão de que há uma predominância do uso de equipamentos (materiais, normas e estruturas organizacionais) e saberes técnicos, o que equivale às tecnologias dura e leve-dura.

Há dois núcleos de sentido que norteiam a identificação de necessidades de saúde pelos profissionais da ESF, que são as *necessidades de saúde relacionada a agravos instalados* e as *necessidades de saúde relacionadas às más condições de vida*⁽¹²⁾. A primeira categoria indica que as práticas cotidianas dos profissionais estão impregnadas do conceito de saúde numa visão idealista de mundo, a qual se baseia na ideia de que a doença é decorrente do desequilíbrio de subsistemas e está vinculada a alterações de ordem patológicas. Já a segunda, indica que emerge uma compreensão de necessidade de saúde para além de uma perspectiva biomédica, que considera os diferentes espaços ocupados (inserção no trabalho, acesso à água tratada, condições de moradia) pelos usuários e famílias no processo produtivo das sociedades capitalistas como determinantes dos modos de adoecer.

Ao explorar os relatos e os fluxogramas, observou-se que os produtos resultantes do modo de operar o cotidiano do trabalho na UBS, revelam práticas de saúde que consideram a doença como eixo principal, havendo consonância com o modelo hegemônico de atenção à saúde baseado no modelo médico, individual e curativo⁽¹³⁾. Dessa forma, as manifestações de pólos de regularidades ou irregularidades de funcionamento da corporeidade do homem, determinadas historicamente pela forma de inserção social dos indivíduos na sociedade, são tomadas como externa aos sujeitos, que são vistos como seres a-históricos.

Considerando-se que a TIPESC está em conformidade com a visão histórica e dialética de mundo, o entendimento do processo saúde doença se faz pela determinação social. Dessa forma, a saúde e a doença não são vistas como pólos estáticos, mas sim como um processo constante de vai e vem em espiral, sendo determinado pelo modo que os seres humanos se inserem em uma dada sociedade, a partir do trabalho, para produzir sua existência⁽¹⁴⁾.

A partir destas considerações, depreendeu-se que, na medida em que a identificação das necessidades de saúde relacionadas às más condições de vida permite uma reflexão mais ampliada do processo saúde-doença, a utilização pre-

dominante de tecnologias dura e leve-dura pode ser considerada uma limitação no processo de trabalho das equipes, pois é decorrente de uma visão biologicista das necessidades de saúde, relacionando-as apenas a agravos instalados.

Houve uma expressão da tecnologia leve nas visitas domiciliárias, cujo vínculo foi fundamental para o andamento do processo de trabalho, mesmo que em um segundo plano. Autores⁽¹³⁾ afirmam que a visita domiciliária permite operacionalizar a concepção de determinação social do processo saúde-doença, compreendendo as relações entre os indivíduos que compõem uma família e a maneira como estas relações contribuem para a existência de processos protetores ou de desgaste para a saúde e a doença. Estas autoras trazem embasamento para identificar uma potencialidade nestas equipes que pode ser explorada: a visita domiciliária associada à tecnologia leve.

A equipe de enfermagem explicitou uma visão consante à teoria da multicausalidade, que considera a possibilidade da divisão do homem em partes para ser tratado. A teoria da multicausalidade

relaciona a causa da doença a fatores causais dos agravos à saúde, cujo controle favorece a não propagação da doença. Estes fatores agem como somatória de causas, sem que sejam atribuídos pesos a cada um deles e dessa forma, a sociedade e a organização social também se constituem em fatores causais, tanto quanto a constituição biológica do homem. O comportamento anormal de um destes conjuntos de fatores pode ocasionar o desequilíbrio do sistema e consequentemente o aparecimento da doença⁽³⁾.

Observou-se que a intervenção da equipe de enfermagem se dá nos perfis de desgaste dos grupos sociais (tuberculose, gestação de risco, hipertensão, diabetes), mediada por meios/instrumentos como a consulta de enfermagem, grupos e conhecimentos da vigilância epidemiológica. Pode-se afirmar que há congruência entre os resultados da presente pesquisa com outros estudos⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, que apontam predomínio de atividades curativas e centradas na doença, cuja intervenção do processo de trabalho da enfermagem é operada com instrumentos tradicionais da saúde pública.

Sobre os perfis de desgaste, estudo⁽¹⁷⁾ defende a ideia de que *a medida de qualquer um desses perfis [de desgaste] isoladamente não consegue expressar a rede hierarquizada que explica o processo saúde-doença*. As autoras acrescentam que os grupos ou classes sociais são distintos, inserem-se no trabalho e na vida de forma desigual e, da mesma maneira, adoecem e morrem de forma desigual. No entanto, levantam a questão de que temos poucos indicadores para avaliar os potenciais de fortalecimento que contribuem para dimensionar com maior exatidão a realidade de vida e de saúde.

É necessário ressaltar que os perfis de morbi-mortalidade são importantes para descrever os resultados do processo saúde-doença, mas não podem caminhar descolados

da ideia de que são resultados do desgaste ou do fortalecimento advindo do trabalho e da forma como se vive.

Dessa forma, entender a organização da população em *blocos*, que se interpenetram constantemente, ajuda a compreender os perfis de fortalecimento ou desgaste da população. Estes *blocos* são os planos individual, familiar e estrutural⁽¹⁷⁾. O plano individual está associado à dimensão singular da vida dos indivíduos; o plano familiar envolve a dimensão particular da vida das famílias e sua inserção enquanto classe social; e o plano estrutural está relacionado à estrutura da sociedade. Numa relação dialética, todos estes planos são dinâmicos, coexistem independentemente, como pólos ou *blocos*, que se negam e se afirmam ao mesmo tempo.

Nesse sentido

o processo saúde-doença manifesta-se por meio de diferentes fenômenos (...) e podem ser expressos nos níveis: individual ou singular; do grupo social cujo elemento de ligação dos seus componentes seja o trabalho; da estrutura social⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

Embora o Fluxograma Analisador tenha colaborado para a compreensão do modo como os atores sociais governam o cotidiano do seu trabalho, este estudo esbarra no limite da dificuldade dos profissionais em verbalizarem os ruídos da micropolítica do seu trabalho.

Não obstante, a análise do processo de trabalho das equipes demonstrou que houve um reconhecimento das necessidades de saúde da população que consideram a doença como eixo principal, e os produtos resultantes da micropolítica do trabalho dos profissionais na Unidade Básica de Saúde (UBS) são marcados pela utilização de tecnologias pautadas pelo saber biomédico.

As averiguações demonstraram que, no cotidiano do processo de trabalho, a equipe de enfermagem reiterou o olhar funcionalista do processo saúde-doença da equipes, oferecendo uma assistência marcada pela lógica biológica, médico-centrada, individual e curativista, consoante à teoria da multicausalidade, que atribui pesos semelhantes pa-

ra as causas do adoecimento. Com relação às intervenções nos perfis de desgaste da população atendida, constatou-se que devem ser revistas, na medida em que incitam ações pontuais no processo saúde-doença de indivíduos, das famílias e da sociedade como um todo em detrimento de ações preventivas e de promoção à saúde da coletividade.

Em certa medida, houve uma expressão do entendimento de necessidades de saúde para além de uma perspectiva biomédica, que foi entendido como uma potencialidade da equipe de enfermagem. Apesar do foco ainda ser a doença, emergiu a concepção de necessidades de saúde decorrente das más condições de vida, que perpassam pelos determinantes do modo de adoecimento.

Diante de um objeto de trabalho restrito aos agravos à saúde, entende-se que o recorte do objeto de trabalho é limitado ao conjunto de sinais e sintomas dos indivíduos. Isso é uma característica do modelo tecnoassistencial marcado por uma assistência individualista e curativista, que incentiva a procura do serviço para restabelecimento da saúde por parte dos usuários, criando um ciclo de oferta e demanda por esse tipo de assistência. Sendo assim, essas práticas não oferecem condições tanto para a manifestação quanto para a captação de qualquer outra necessidade de saúde.

Entender o processo saúde-doença em sua dimensão social, relacionando a forma como a sociedade está organizada ao aparecimento de riscos ou de potencialidades que determinam os processos de adoecer e morrer, leva à superação do paradigma funcionalista para um olhar ampliado do trabalho em saúde enquanto prática social, que faz parte da sociedade, e tem uma articulação macroestrutural com os processos políticos, que traçam as políticas públicas sociais e de saúde.

É de fundamental importância que os profissionais se visualizem enquanto protagonistas do processo de trabalho, considerando que o território é heterogêneo, pois heterogeneias são as possibilidades de vida dos indivíduos, que permitem diferentes formas de reprodução social. Dessa forma, é necessário realizar uma prática social crítica e consciente da historicidade da realidade processual e do processo saúde-doença da sociedade, cujo resultado decorre das contradições sociais e está em constante transformação.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios [Internet]. Brasília; 1990 [citado 2010 dez. 16]. Disponível em: http://portalthpb.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf
2. Fonseca RMGS, Bertolozzi MR. A epidemiologia social e a assistência à saúde da população. In: Fonseca RMGS, Egry EY. A classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social. Brasília: ABEn; 1997. p.1-59.
3. Fonseca RMGS, Egry EY, Bertolozzi MR. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde-doença. In: Egry EY, Cubas MR. O trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário CIPESC: guia para pesquisadores. Curitiba: ABEn/EEUSP; 2006. p. 19-61.
4. Peduzzi M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho na enfermagem. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba, PR, Brasil Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2002. p. 167-82.

-
5. Marx K. Processo de trabalho e processo de valorização. In: Antunes R, organizador. A dialética do trabalho. São Paulo: Expressão Popular; 2004. p. 35-70.
6. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Mehry EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 83-91.
7. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p. 113-27.
8. Mandu ENT, Almeida MCP. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. Rev Bras Enferm. 1999;52(1):54-66.
9. Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. Cad Saúde Pública. 2005;21(4):1260-8.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9^a ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
11. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
12. Morais TCP. Necessidades em saúde & trabalho das equipes de saúde da família: a dialética do reconhecimento e enfrentamento [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
13. Fracolli LA, Bertolozzi MR. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: Brasil. Ministério da Saúde; Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 4-8.
14. Egry EY. Necessidades em saúde como objeto da TIPESC. In: Garcia TR, Egry EY, organizadoras. Integralidade da Atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010. v. 1, p. 70-7.
15. Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(4):533-9.
16. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):65-72.
17. Fracolli LA, Bertolozzi MR. O perfil epidemiológico na prática do enfermeiro no Programa Saúde da Família. In: Brasil. Ministério da Saúde; Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; Universidade de São Paulo. Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 9-13.