

Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004*

Célia Maria Sivalli Campos¹
Marcel Oliveira Bataiero²

CAMPOS, C.M.S.; BATAIERO, M.O. Health needs: an analysis of Brazilian scientific literature from 1990 to 2004. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.11, n.23, p.605-18, set/dez 2007.

This paper assumes that the health services' responses to health needs were affected by the regulation of the Brazilian public health system. Its objective is to capture the health-service trends found in scientific publications. Among the 73 publications selected from on-line databases, 66 (90.4%) did not mention the concept of health needs. Those that did had a reflective stance toward the subject. Health needs as defined in those articles were similar for all individuals, not considering them as members of a social class, a circumstance that defines health-needs characteristics. The results of this study are worrisome because health care delivery has been emphasizing sickness and reinforcing classification practices, rather than enabling emancipating praxis.

KEY WORDS: Needs assessment. Health services. Scientific literature.

Partindo do pressuposto de que as respostas às necessidades de saúde oferecidas pelos serviços de saúde sofreram impacto com a regulamentação do Sistema Nacional de Saúde - SUS, o objetivo deste estudo foi apreender as tendências dessa reorganização em publicações científicas sobre o tema. Dentre 73 publicações selecionadas na base de dados on-line LILACS, 66 (90,4%) não abordavam o conceito de necessidades, utilizando o termo no senso comum; as que o abordavam tinham caráter de reflexão, sendo praticamente inexistentes as publicações que tomavam a perspectiva da Saúde Coletiva. Os artigos tomavam/definiam necessidades comuns a todos os indivíduos, considerando-os um agrupamento homogêneo de sujeitos abstratos, sem pertencimento de classe - que é o que determina e diferencia as necessidades de saúde. É preocupante o que os artigos revelam, pois a atenção à saúde vem privilegiando um recorte fragmentado que enfatiza a doença e pode reforçar práticas amparadas na visão funcionalista e classificatória, em detrimento de uma práxis emancipatória.

PALAVRAS-CHAVE: Necessidades de saúde. Serviços de saúde. Produção científica.

* Elaborado a partir de Bataiero, 2005.

¹ Professora; doutora em Enfermagem; departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, SP. <celiasiv@usp.br>

² Enfermeiro; aprimorando em Saúde Coletiva, Centro de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, SP. <bataiero@uol.com.br>

Introdução

A complexidade do tema das necessidades de saúde e sua relação com os serviços de saúde já foi abordada em diversos estudos no campo da Saúde Coletiva (Campos, 2004; Matsumoto, 1999; Schraiber & Mendes Gonçalves, 1996; Stotz, 1991).

A Saúde Coletiva compôs-se como um campo interdisciplinar, conformado pela epidemiologia (especialmente a epidemiologia social), pelo planejamento/administração de saúde (na vertente do planejamento estratégico e planificação em saúde) e pelas ciências sociais em saúde, com a intencionalidade de interpretar e intervir nas condições de saúde dos grupos e classes sociais, investigando a natureza das políticas de saúde e a relação entre os processos de trabalho em saúde e as doenças e agravos (Paim & Almeida Filho, 1998).

Assim, embora partindo de diferentes disciplinas, aqueles estudos (Campos, 2004; Matsumoto, 1999; Schraiber & Mendes Gonçalves, 1996; Stotz, 1991) evidenciaram uma mesma tendência: o conceito de necessidades de saúde eleito pelos serviços de atenção à saúde tem sido o operacional, ou seja, aquele utilizado para eleger o objeto da atenção à saúde. Conseqüentemente, os projetos de atenção à saúde - a operacionalização das políticas públicas - têm sido determinados por essa perspectiva, associando necessidades de saúde ao consumo de um serviço de saúde, geralmente a consulta médica (Schraiber & Mendes Gonçalves, 1996).

No entanto, na Constituição Federal Brasileira, que institucionalizou o Sistema Único de Saúde (SUS), inscreveram-se determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, reconhecendo, portanto, que saúde não se aprimora somente com atenção à doença.

Com base nessa definição de saúde, responder às necessidades de saúde deveria significar implementar ações que incidissem nos determinantes, e não só na doença, que já é o resultado do desgaste expresso no corpo biopsíquico individual. Pode-se, então, afirmar que a concepção de saúde-doença expressa no SUS sanciona necessidades de saúde ampliadas. Logo, as respostas deveriam ser mais complexas, para além das ações curativas.

O processo de constituição do SUS foi conseqüência de reivindicações feitas pela sociedade civil a partir da década de 1970, exigindo do Estado a universalização dos direitos sociais em um contexto marcado pela exclusão e iniquidade (Albuquerque & Stotz, 2004; Stotz, 2003).

Desde o início do século XIX até meados da década de 1970, as ações de saúde promovidas pelo Estado dirigiam-se ao combate de doenças transmissíveis, em campanhas de saúde pública (Cohn & Elias, 1998). Portanto, essas ações tinham como finalidade responder à necessidade social de controle ou de combate a surtos ou epidemias.

Aos primeiros sinais de crise no regime militar, especialmente na década de 1970, o sistema público de saúde passou também a financiar a assistência médica curativa individual - separada das ações de saúde pública - exclusivamente para os trabalhadores formais (Cohn & Elias, 1998). Agregou-se, assim, à necessidade de conter doenças transmissíveis, a necessidade social de recuperar os corpos doentes de trabalhadores.

No entanto, a concepção de saúde-doença expressa na atual Constituição Federal ampliou-se - saúde foi definida como *um valor que se encontra na interseção entre a lógica da produção econômica e a lógica da reprodução da vida* (Sabroza, s/d, p.4), o que deveria ter favorecido a ampliação do que é tomado como objeto das práticas de atenção à saúde.

Assim, partindo-se da compreensão de que a atenção à saúde é implementada para atender necessidades de saúde de uma dada população, e do pressuposto de que, no Brasil, sobretudo a partir de 1990, os serviços de saúde passaram por uma reorganização do seu processo de produção para implementar as diretrizes e os princípios do SUS, serão analisadas as tendências dessa reorganização na eleição do objeto das práticas de saúde, por meio dos estudos sobre necessidades de saúde apreendidos em publicações científicas.

Valendo-se desse pressuposto, pergunta-se: quais são as necessidades de saúde que estão sendo apreendidas pelos serviços de saúde? Qual é o conceito de necessidade de saúde utilizado na implementação de práticas pelos serviços de saúde?

Para responder a essas questões, este estudo se propôs a levantar e analisar artigos cuja centralidade fosse necessidades de saúde, publicados em revistas científicas brasileiras entre 1990 e 2004.

Considerações teóricas: necessidades, necessidades de saúde e processo de trabalho

Os fundamentos teóricos deste estudo filiam-se à vertente marxista das ciências sociais, utilizando, para a análise dos artigos estudados, o conceito de necessidades desenvolvido por Marx e por autores marxianos.

Necessidade, para Marx e Engels (1993), é o que precisa ser satisfeito para que a vida continue. A satisfação de uma necessidade encontra-se potencialmente no produto de um processo de trabalho - seqüência de operações que transforma um objeto de trabalho em um produto - que será a resposta à necessidade que gerou o processo de trabalho. Portanto, o processo de trabalho contém, em um dos seus momentos, a necessidade que dá origem ao processo que, por sua vez, terminará em um produto, que potencialmente responderá à necessidade. Esta será reiterada ou se ampliará, dando origem a outro processo de trabalho. Dessa forma, existe uma circularidade entre a necessidade e o processo de trabalho instaurado para satisfazê-la (Mendes Gonçalves, 1992).

Nessa perspectiva, compreende-se que a finalidade do trabalho é, primordialmente, o aprimoramento das necessidades humanas que, se respondidas, têm potência para aperfeiçoar a essência humana. Para Heller (1986), essas são as necessidades radicais, que não são determinadas sociohistoricamente com base em dado modo de produção, ou seja, não são necessidades de reprodução social. Necessidades radicais são aquelas que efetivam o enriquecimento humano e estão associadas aos processos de criatividade e liberdade.

Porém, o aprimoramento das necessidades humanas deixou de ser a primazia do trabalho nas formações sociais capitalistas, à medida que o

trabalho humano foi ficando subsumido aos instrumentos de trabalho, possibilitando a realização da atividade sem que o projeto do resultado guiasse e subordinasse a vontade do trabalhador (Antunes, 2000).

A partir da preponderância do capitalismo nas formações sociais, a relação do trabalho para responder as necessidades humanas e o estabelecimento de relações sociais também mais ampliadas e solidárias ficaram sobredeterminados pela nova necessidade social - a produção de excedentes e do lucro, tomados como finalidade do trabalho (Antunes, 2000).

Necessidade social, segundo Heller (1986), é a necessidade da sociedade, tomada como um agrupamento homogêneo de sujeitos abstratos. Diferentemente do que sugere o termo, necessidade social não considera as necessidades de todos os indivíduos que a compõem, é definida com base em necessidades ou interesses de alguns indivíduos, como se fossem de todos. Assim, para Mendes Gonçalves (1992), a necessidade social no modo de produção capitalista é a expansão do capital, às expensas do desenvolvimento e aprimoramento das necessidades humanas dos trabalhadores.

Foi assim que a hegemonia do modo de produção capitalista nas formações sociais determinou intensa modificação em aspectos fundamentais das estruturas da sociedade - em especial, nas relações entre os homens por meio do trabalho (Mendes Gonçalves, 1992).

Nesse modo de produção, o trabalhador existe para as necessidades de expansão da produção, dos lucros, ao invés da produção de riqueza existir para aprimorar as necessidades de desenvolvimento do trabalhador (Marx apud Mendes Gonçalves, 1992).

Uma vez que as necessidades se concretizam nos indivíduos das diferentes classes sociais de maneira desigual, pois desiguais são os acessos aos produtos que satisfazem essas necessidades (Heller, 1986), pode-se dizer que necessidades dos indivíduos são necessidades de reprodução social (Mendes Gonçalves, 1992). Compreende-se reprodução social como

o conjunto da vida social caracterizado pelas formas de trabalhar e consumir, pelas relações que os seres humanos estabelecem entre si para produzir a vida social, pela forma em que transformam a natureza, pela forma em que realizam a distribuição e o intercâmbio dos bens socialmente produzidos, pelas instituições que geram e pelo nível de consciência e organização que alcançam. (Campaña, 1997, p.133)

Com base nessa compreensão, define-se que os diferentes padrões ou características de saúde-doença que se concretizam no corpo biopsíquico dos indivíduos têm sua gênese nas condições materiais da vida cotidiana, ou seja, nos perfis de reprodução social em que se desenvolvem como seres sociais.

Essa interpretação do processo saúde-doença foi retomada e sistematizada no arcabouço teórico do campo da Saúde Coletiva valendo-se dos trabalhos de Engels - em 1845 - e de Virchow - em 1847 -, que associaram a origem das doenças às condições materiais da vida cotidiana, determinadas pela divisão de classes e pela concentração de renda e poder pela classe

dominante (Waitzkin, 1980). Portanto, para a Saúde Coletiva, é fundamental considerar o processo de reprodução social dos diferentes grupos sociais, para caracterizar os diferentes processos saúde-doença que acometem os indivíduos.

Uma vez que o conceito saúde-doença traz consigo a possibilidade de se eleger o objeto do cuidado (Mendes Gonçalves, 1992) e como para toda necessidade há um processo de trabalho correspondente, os processos de trabalho em saúde, instaurados a partir do SUS, deveriam responder a necessidades ampliadas, aquelas identificadas com os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, em direção às necessidades atinentes ao aprimoramento da essência humana.

Em suma, nessa perspectiva, atender necessidades de saúde significa tomar como objeto do processo de trabalho as necessidades dos indivíduos das diferentes classes sociais, que habitam um determinado território, e encaminhar a política pública de saúde na direção do direito universal (Campos, 2004).

Procedimentos metodológicos

Este estudo configurou-se como pesquisa bibliográfica (Gil, 1991), valendo-se da base de dados eletrônica LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde), para apreender trabalhos publicados no Brasil a partir da legalização do SUS (1990).

Utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) criados pela BIREME (*necessidades básicas, determinação de necessidades de cuidados de saúde, determinação de necessidades de saúde, e necessidades e demanda de serviços de saúde*).

Foram selecionados apenas documentos publicados em uma série periódica, para facilitar o acesso ao material - dissertações e teses nem sempre estão facilmente disponíveis.

Dos 82 títulos encontrados, foram selecionados 73, aqueles com resumo e a centralidade no tema das necessidades de saúde.

Inicialmente, os resumos foram classificados pela categoria profissional dos autores e pelo âmbito da atenção em saúde (hospitalar, ambulatorial e atenção básica). Em seguida, reagruparam-se os resumos segundo objeto e objetivo do estudo. Dessa forma, as categorias estabelecidas foram: **oferta/demanda de ações nos serviços saúde** - constituída por resumos que associavam necessidades de saúde à necessidade de consumo de serviços de saúde; **administração/planejamento de serviços de saúde** - constituída pelos textos que apresentavam as necessidades de saúde como instrumento para o planejamento de serviços e de ações de saúde; **necessidades de saúde** - constituída pelos resumos que tinham como centralidade as necessidades de saúde, tanto no âmbito abstrato quanto no operacional do conceito - na perspectiva da organização da produção de serviços de saúde ou de processos de trabalho, com a finalidade de ampliação do objeto de atenção em saúde.

Apresentação e análise dos resultados

Quanto à distribuição da categoria profissional dos autores, predominaram as publicações feitas por médicos (59 - 80,8%); oito (11%) foram produzidas por enfermeiros e seis (8,2%) foram escritas por outras categorias profissionais (três economistas, dois administradores de empresas e um dentista).

Com relação ao âmbito de atenção em saúde, dos 69 resumos que fizeram tal referência, a maioria (38-55%) provinha do âmbito hospitalar. A minoria referia-se à atenção básica (12 artigos - 17,5%).

Quanto ao objeto/objetivo dos 73 artigos selecionados, 45 (61,6%) tinham como centralidade a oferta ou a demanda de ações nos serviços de saúde; 21 deles (28,8%) abordavam a administração ou planejamento de serviços de saúde, na perspectiva de racionalização de custos, e somente sete (9,6%) dos artigos tinham como centralidade as necessidades de saúde, tanto no âmbito operacional quanto no âmbito abstrato do conceito.

Vale ressaltar que, dos 45 trabalhos que abordavam a oferta e/ou a demanda de ações nos serviços de saúde, 36 (80%) centralizavam a oferta e/ou a demanda em ações dirigidas a doenças, e nove (20%) abordavam ações dirigidas a planejamento familiar ou pré-natal/puerpério, ou seja, tinham como objeto um evento específico numa fase da vida da mulher - gravidez/parto/puerpério.

Cabe, ainda, salientar que as ações descritas nesses 45 trabalhos (100%) que abordavam a oferta e/ou a demanda de ações, coadunavam-se com as ações ou programas previstos pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), que orienta a gestão de recursos para a saúde regulando, por conseqüência, as políticas de financiamento do SUS (Brasil, 1996), segundo a lógica da racionalização de custos - submetida à relação custo-benefício.

Em coerência com as orientações da NOB 96, que preconiza que o Estado financie algumas ações para alguns grupos, classificados primordialmente pelo chamado ciclo vital, dos 45 estudos que tratavam de oferta e/ou demanda de ações nos serviços de saúde, 34 deles (75,6%) apresentavam ações dirigidas a grupos específicos e nove (20%) abordavam ações programáticas, todas descritas na Portaria n. 3925/98, que regulamenta as orientações da NOB 96 (Brasil, 1996).

Assim, entre os 34 estudos que abordavam ações voltadas a grupos etários, 12 (26,6%) discutiam intervenções voltadas a crianças (11 para as menores de cinco anos) e nove (20%) trabalhos abordavam ações dirigidas a mulheres na fase reprodutiva (quatro relacionados ao pré-natal e puerpério, e cinco referentes ao planejamento familiar). Também foram encontrados seis trabalhos (13%) focalizando a atenção a homens adultos portadores de doenças advindas do trabalho, e sete estudos (16%) voltados para a atenção aos idosos.

Ainda entre os 45 estudos que tratavam de oferta e/ou demanda de ações nos serviços de saúde, dos nove (20%) que abordavam ações programáticas voltadas à prevenção ou tratamento de doenças crônico-degenerativas, dois (4,4%) tinham como objeto as ações voltadas a indivíduos com HIV/Aids; três (6,7%) abordavam o controle ou tratamento da

tuberculose ou da hanseníase; e quatro artigos (8,9%) abordavam o controle ou tratamento da hipertensão arterial ou da diabetes mellitus.

Em suma, dos 45 artigos que tratavam de oferta/demanda de ações nos serviços saúde, somente dois (4,4%) eram referentes a ações não previstas na NOB/96, referindo-se a ações voltadas à atenção à saúde mental (esquizofrenia e psicose maníaco-depressiva).

No entanto, mesmo não previstas na NOB, ações a esses agravos estão previstas no pacote mínimo essencial recomendado pelo Banco Mundial, com a mesma lógica de racionalização de custos (Misoczky, 1995).

Assim, é possível afirmar que todos os 45 artigos (100%) desse grupo referiam-se a necessidades de saúde institucionalmente determinadas, que prescindem da leitura de necessidades dos indivíduos que ocupam o território de abrangência dos serviços de saúde. Este resultado evidencia que os serviços de saúde estão abordando necessidades como sinônimo de necessidades de cuidado de agravos ou - no caso de pré-natal e planejamento familiar - de eventos específicos de um determinado ciclo vital: a fase reprodutiva.

Considerando-se a circularidade entre necessidades e processos de trabalho, os dados parecem indicar que as ações em saúde reiteram que necessidades de saúde são respondidas com o consumo de um procedimento de saúde - majoritariamente, a consulta médica.

Portanto, com base nas publicações científicas investigadas, pode-se inferir que a tendência dos serviços de saúde continua sendo a de tomar necessidade de saúde bastante identificada com a doença, apreendida como expressão biológica ou, no máximo, como expressão biopsíquica no corpo individual de um sujeito abstrato.

Das 73 publicações selecionadas neste estudo, apenas sete (9,6%) faziam alguma referência ao conceito de necessidades de saúde. Dessas, três discutiam o conceito de necessidades numa abordagem concreto-operacional, ou seja, aquela que se configura como objeto dos processos de trabalho em saúde, e quatro abordaram a perspectiva abstrata do conceito.

Entre os três que apresentaram o conceito na abordagem concreto-operacional, um deles tomou como perspectiva a ampliação do objeto de atenção em saúde valendo-se da produção de ações em saúde, privilegiando as *tecnologias leves*, com centralidade nas relações e no cuidado instaurado com base na leitura das necessidades dos usuários dos serviços (Merhy & Franco, 2003); o segundo desenvolveu uma reflexão a respeito do sistema de saúde, defendendo a efetivação da integralidade entre os serviços dos diversos âmbitos de complexidade que conformam o sistema de saúde. Propôs a ampliação da compreensão do conceito de necessidades de saúde e da sua apreensão na conformação da demanda e da oferta de ações nos serviços de saúde (Silva et al., 2003). Já o terceiro artigo (Soares et al., 2000) ampliou a discussão e a proposta da apreensão das necessidades para além dos serviços de saúde. Articulou necessidades de saúde de jovens da periferia de São Paulo com a inserção social de suas famílias, definindo necessidades de saúde como necessidades atinentes à condição de classe, logo definidas como necessidades de reprodução social.

Os outros quatro artigos realizaram uma discussão de necessidades de saúde na perspectiva abstrata do conceito. A conceituação de dois desses artigos aproximou-se da teoria funcionalista (Oliveira, 2002; Oliveira & Sá, 2001); e os outros dois o fizeram tomando por base uma proximidade com o corpo teórico conceitual da Saúde Coletiva, ou seja, partindo da concepção marxista, assumiram que a satisfação das necessidades de saúde compreende tanto aquelas voltadas à preservação da vida dos indivíduos quanto as que as superem, em direção ao aprimoramento da condição humana (Mandu & Almeida, 1999; Melo-Filho, 1995).

Vale ressaltar que nenhum desses sete estudos contou com trabalhadores de saúde em sua autoria e que, embora dois fossem estudos empíricos, constituíam artigos de reflexão. Propuseram a ampliação do objeto dos processos de trabalho em saúde, porém não explicitaram articulação com serviços de atenção à saúde, o que possibilitaria a operacionalização dessa ampliação, favorecendo a instauração de processos de trabalho guiados pela finalidade de efetivação dos preceitos do SUS.

Discussão

Compreendendo-se que as necessidades de saúde - social e biologicamente determinadas - somente serão reconhecidas socialmente, uma vez que é o sistema de atenção que utiliza critérios para transformá-la de auto-referida, pelo indivíduo, em um código reconhecido pelo sistema (Stotz, s/d), assim como a atenção a elas (Stotz, 2001); é o sistema de saúde que deverá, então, organizar suas práticas para responder às necessidades de saúde e, uma vez que os processos saúde-doença desenvolvem-se coerentemente com os perfis de reprodução social dos indivíduos que conformam os diferentes grupos sociais, *“quanto mais desigual for, nestes aspectos, uma sociedade, quanto mais essa desigualdade for sancionada culturalmente, tanto maior serão as necessidades de saúde dos diferentes grupos da população”* (Stotz, s/d, p.3).

Com essa compreensão, os processos de trabalho em saúde - do ponto de vista operacional - deveriam ser instaurados com base no conhecimento das diferenças existentes entre as classes sociais, e deveriam tomar a satisfação das necessidades de saúde como projeto.

No entanto, necessidades de saúde estão quase sempre referidas à assistência, representada pela procura e pela oferta de ações nos serviços de saúde (Schraiber & Mendes Gonçalves, 1996). O usuário busca nos serviços de saúde algo, uma ação advinda dos trabalhadores, que resolva ou ao menos mitigue o problema que o levou àquele serviço.

Assim, dada a circularidade entre necessidades e o processo de trabalho (Mendes Gonçalves, 1992), o resultado dessas ações tem sido reconhecido como resposta à necessidade que levou o usuário ao serviço, e valendo-se dessa resposta, reitera-se ao usuário o que ele precisará consumir em situação semelhante, bem como onde buscar. Por esta razão, o modo de organizar socialmente as ações em saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços, será não apenas resposta a necessidades mas, imediatamente, contexto instaurador de necessidades (Schraiber & Mendes Gonçalves, 1996, p.30).

Assim, quando os trabalhadores de saúde culpabilizam os moradores por procurarem o serviço de saúde com uma demanda restrita à consulta médica, deveriam refletir se não foi, majoritariamente, essa resposta restrita a oferecida para as diferentes demandas desses moradores.

Para a Saúde Coletiva, atender necessidades de saúde deveria significar a instauração de processos de trabalho que propusessem respostas no âmbito das raízes dos problemas - do determinante - e também no dos resultados - a doença - e encaminhar a política pública de saúde na direção do direito universal.

É bem verdade que a Saúde Coletiva, como campo de saberes e práticas, tem de responder a uma rede de necessidades que pode estar em conflito, uma vez que, além das necessidades de saúde da população, está em jogo uma rede de interesses. Assim, os projetos de atenção à saúde são o resultado do embate entre as necessidades: de saúde da população, dos trabalhadores, gestores, das políticas públicas, dos autores dos programas, órgãos financiadores, entre outras (Campos, 2004).

Dessa forma, embora o campo da Saúde Coletiva tenha proposto e fundamentado mudanças na organização dos serviços de saúde em nome da atenção às necessidades de saúde da população, esses não têm conseguido oferecer resposta a grande parte dessas pessoas. Princípios que nortearam a reorganização dos serviços, como a universalidade e a *“integralidade das ações têm disputado espaço com as propostas racionalizadoras de contenção de custos”* (Albuquerque & Stotz, 2004, p.260).

Tanto é assim que as propostas de atenção à saúde têm convergido para a atenção focal, alimentando o conflito entre a efetivação do direito à saúde e a garantia de um mínimo necessário para a sobrevivência de grupos específicos respondendo, assim, à necessidade de racionalizar custos com políticas sociais, com vistas à diminuição da presença do Estado (Calipo, 2002).

Exemplo disso tem sido o forte estímulo à procura pela atenção à saúde oferecida por serviços privados associando-a, inclusive, com uma melhor qualidade da atenção. A intenção é que, nos serviços públicos, permaneçam somente aqueles que não têm condição de adquirir algum dos inúmeros planos de saúde privados oferecidos no mercado (Campos & Mishima, 2005).

Essa aparente incoerência entre a legislação do SUS e os modelos que a operacionalizam pode ser compreendida em Calipo (2002), que explicita a diminuição do Estado quando refere que

na área da saúde, a reforma do Estado vem se dando com a implantação da Norma Operacional Básica de 1996, a lei que cria as Organizações Sociais e o Programa de Publicização, e a regulamentação dos planos de saúde. Os dois primeiros mecanismos introduzem mudanças na assistência à saúde executada pelo Estado, e a regulamentação dos planos de saúde normatiza os serviços oferecidos pela iniciativa privada. (Calipo, 2002, p.125)

É nesse contexto que o Banco Mundial vem exercendo um papel central na definição de aplicação de recursos em políticas sociais de países de capitalismo periférico, como o Brasil, sugerindo a racionalização de recursos públicos para as políticas sociais.

Exemplo da opção incondicional dessa lógica é o encaminhamento do projeto público de atenção à saúde no país - um benefício que o Estado deve promover apenas em certas condições, com foco nos grupos mais vulneráveis, ou seja, os pobres sem condição de comprar nenhum tipo de serviço privado.

Misoczky (1995), analisando relatório do Banco Mundial de 1994, avaliou que a lógica de financiamento dos programas de saúde obedece, primordialmente, a uma relação custo-benefício financeiro e que depende dessa relação a cifra para empréstimos futuros ao país. Seguindo esse critério, a população incluída no chamado *pacote mínimo essencial* deve obedecer aos seguintes critérios: crianças até cinco anos, gestantes e puérperas, serem portadores de doenças infecciosas debilitantes (especialmente das DSTs/AIDS, tuberculose e hanseníase) ou das crônico-degenerativas - hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, e/ou, ainda, algumas doenças psiquiátricas - como a esquizofrenia e a psicose maniaco-depressiva.

Uma vez que esse critério norteia os projetos públicos de saúde, os programas são definidos por técnicos e não com base na leitura de necessidades da população definindo, assim, necessidades que se configuram como necessidades sociais de saúde como se fossem de todos, ou da maioria que ocupa um dado território (Heller, 1986); no entanto, elas são definidas acima das necessidades desses indivíduos. Além disso, essas necessidades são definidas por referência a sujeitos abstratos, indiferenciados no que diz respeito à sua inserção de classe (Stotz, 2005). A própria Saúde Coletiva vem substituindo o protagonismo do sujeito - produto da história, determinado pela estrutura social - por categorias como gênero, etnia, sexualidade, estilos de vida, entre outras, favorecendo uma leitura fragmentada da realidade (Lacaz, 2001).

Essa fragmentação também é abordada por Ortega (2004, p.11-2) que, valendo-se de uma leitura helleriana, denomina “*formas antipolíticas de agrupamento* esses grupos formados com base em critérios *biológicos e corporais (raça, sexo, saúde, performances físicas, doenças específicas, longevidade)*”, que substituem “*os critérios políticos de agrupamento (classe, estamento, orientação política)*”.

A saúde perfeita passou a ser um valor utópico apolítico, “*meio e finalidade de nossas ações*” - é preciso ter boa saúde para viver, mas viver para estar saudável. Criaram-se, então, modelos ideais de sujeitos saudáveis, baseados em critérios biológicos, pautados no desempenho individual e estruturados no discurso do risco (Ortega, 2004, p.14).

Segundo Stotz (s/d), do ponto de vista histórico, passamos a viver numa época em que a representação sobre a saúde e a vida saudável deslocou-se do âmbito do direito social para o de uma escolha individual, feita de acordo com possibilidades individuais. De acordo com essa lógica, saúde transformou-se em um bem de troca, mercantilizável.

Nessa perspectiva, a escolha comportamental e por estilos de vida saudáveis, ou seja, o controle pelo desvio dos riscos, é de responsabilidade do indivíduo. Segundo Ortega (2004, p.16), essa responsabilização do indivíduo pela sua saúde reduz a pressão exercida sobre o sistema público, a uma “*perspectiva da governabilidade neoliberal*”; ao mesmo tempo em que neutraliza problemas sociais, associa comportamentos saudáveis a valores mercadológicos - mercadorias passíveis de consumo individual.

Para Stotz (s/d, p.5), há um dilema colocado para o SUS: apesar de a saúde ser um direito social, “*garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem*” à produção da saúde e ao acesso ao sistema que garanta o seu restabelecimento a todos os cidadãos, “*o sistema organizado para garantir este direito responde (precariamente e com baixa resolatividade) à doença no plano individual*”.

Defende-se, então, que conformar a atenção em Saúde Coletiva significa propor a atenção à saúde pautada numa leitura de necessidades de saúde que capte as formas como os sujeitos se reproduzem socialmente, pois essas necessidades são decorrentes das formas como os grupos se inserem na reprodução social, como referem Campos & Mishima (2005). Para essas autoras, responder a necessidades de saúde significa implementar processos de trabalho numa perspectiva intersetorial, com base no reconhecimento das necessidades de saúde das diferentes classes sociais que compõem o território. Necessidades de saúde são: **necessidade da presença do Estado**, pressupondo que este deve ser responsável pela garantia dos diversos serviços que promovem o bem-estar social da população, e que sua ausência está intimamente ligada à falta de acesso a direitos universais, representados pelo acesso ao consumo de bens produzidos nos serviços públicos; **necessidades de reprodução social**, pois estas constituem a base do processo saúde-doença (as diferentes formas de produzir e de consumir na sociedade); e **necessidade de participação política**, pois é a instância que possibilita a discussão e o embate das necessidades e dos interesses das classes e grupos organizados da sociedade civil e colocar na pauta os direitos antes dos interesses (Campos & Mishima, 2005).

Assim como diversos setores sociais críticos dos encaminhamentos do Estado neoliberal, que vem restringindo os direitos, acredita-se que a participação é fundamental no processo de ampliação da esfera pública. O embate dos interesses dos diferentes setores da sociedade é necessário, pois revela os conflitos sociais encobertos pelos desgastes advindos do mundo do trabalho contemporâneo e possibilita a construção de um projeto emancipatório que oponha resistência ao posicionamento do Estado, que privilegia os interesses do capital.

Conclusões

O estudo levantou um grande número de publicações científicas utilizando o tema das necessidades de saúde, no entanto, ainda bastante centradas no âmbito hospitalar da assistência, escassas no que diz respeito à atenção básica e praticamente inexistentes quando considerada a perspectiva da Saúde Coletiva. A análise mostrou que são tomadas/definidas necessidades

comuns a todos os indivíduos, considerando-os como um agrupamento homogêneo de sujeitos abstratos, sem pertencimento de classe - que é o que determina e diferencia as necessidades de saúde.

Observou-se, ainda, que os trabalhos não trouxeram o conceito de necessidade, fazendo uso do termo no senso comum. Ao não se amparar num conceito para conceber o objeto, corre-se o risco de recortá-lo por um ângulo que mascare os determinantes (Pereira, 2005), desembocando fatalmente em ações pontuais que, se respondem a necessidades, restringem-se às necessidades relativas a problemas de saúde já instalados - no âmbito individual - ou, no máximo, respondem a interesses de grupos específicos, priorizados pelas políticas sociais públicas que mereceram financiamento.

É preocupante o que os artigos revelam, pois a atenção à saúde vem privilegiando um recorte fragmentado por doença, podendo, por sua vez, reforçar práticas amparadas na visão funcionalista e classificatória, em detrimento de uma práxis emancipatória, ou seja, uma prática que permita ao campo da Saúde Coletiva - que está nas bases da lógica do SUS - reelaborar o conceito de necessidades, retroalimentando as práticas, num movimento dialético.

Referências

- ALBUQUERQUE, P.C.; STOTZ, E.N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.259-74, 2004.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**. 2.ed. São Paulo: Boitempo, 2000.
- BATAIERO, M.O. **Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004**. Monografia (Conclusão de curso) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo [on line]. Disponível em http://www.ee.usp.br/graduacao/exibe_monografia.asp (2005.) Acesso em: 11 mai. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica 1/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 nov. 1995. Seção 1, p. 22932-54.
- CALIPO, S.M. **Saúde, estado e ética - NOB/96 e Lei das Organizações Sociais: a privatização da instituição pública da saúde?** 2002. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- CAMPAÑA, A. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre condições de vida e saúde. In: BARATA, R. B. (Org). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p.115-65.
- CAMPOS, C.M.S. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)**. 2004. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- 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.
- COHN, A.; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez/Cedec, 1998.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1991.

- HELLER, A. **Teoria de las necesidades em Marx**. 2.ed. Barcelona: Península, 1986.
- LACAZ, F.A.C. O sujeito n(d)a saúde coletiva e pós-modernismo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.233-42, 2001.
- MANDU, E.N.; ALMEIDA, M.C.P. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.52, n.1, p.54-66, 1999.
- MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã (Feuerbach)**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.
- MATSUMOTO, N.F. **A operacionalização do PAS de uma Unidade Básica de Saúde no município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde**. 1999. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- MELO-FILHO, D.A. Repensando os desafios de Ulisses a Fausto: a saúde, o indivíduo e a história. **Cad. Saúde Pública**, v.11, n.1, p.5-33, 1995.
- MENDES GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos CEFOR, 1).
- MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, v.27, n.65, p.316-23, 2003.
- MISOCZKY, M.C. A agenda para reformas do Banco Mundial e a política de saúde: algumas notas para reflexão. **Saúde em Debate**, v.47, p.5-7, 1995.
- OLIVEIRA, D.C. A categoria necessidades nas teorias de Enfermagem: recuperando um conceito. **Rev. Enferm. UERJ**, v.10, n.1, p.47-52, 2002.
- OLIVEIRA, D.C.; SÁ, C.P. Representações sociais da saúde e doença e implicações para o cuidar em enfermagem: uma análise estrutural. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.54, n.4, p.608-22, 2001.
- ORTEGA, F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.9-20, 2004.
- PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v.32, n.4, p.299-316, 1998.
- PEREIRA, E.G. **A participação da enfermagem no trabalho educativo em Saúde Coletiva: um estudo dos relatos de experiência produzidos por enfermeiros brasileiros no período 1988-2003**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- SABROZA, P.C. **Concepções sobre saúde e doença**. [on line]. Disponível em: <<http://www.redepopsaude.com.br/principais/index-varal.htm>> (s/d). Acesso em: 11 mai. 2007.
- 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, 1996. p.29-47.
- SILVA, J.P.V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F.R.S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. **Saúde em Debate**, v.27, n.65, p.234-42, 2003.
- SOARES, C.B.; ÁVILA, L.K.; SALVETTI, M.G. Necessidades (de saúde) de adolescentes do D. A. Raposo Tavares, SP, referidas à família, escola e bairro. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v.10, n.2, p.19-34, 2000.
- STOTZ, E.N. **Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde** [on line]. Disponível em: <<http://www.redepopsaude.com.br/varal/politicasaude/desafiosus.htm>> (s/d). Acesso em: 11 mai. 2007.

CAMPOS, C.M.S.; BATAIERO, M.O.

STOTZ, E.N. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. **Trab., Educ. Saúde**, v.3, n.1, p.9-30, 2005.

_____. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. **São Paulo Perspec.**, v.17, n.1, p.25-33, 2003.

_____. A cultura e o saber: linhas cruzadas, pontos de fuga. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.5, n.8, p.132-4, 2001.

_____. **Necessidades de saúde:** mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de Planejamento em Saúde. 1991. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

WAITZKIN, H. **Uma visão marxista do atendimento médico.** São Paulo: Avante, 1980.

CAMPOS, C.M.S.; BATAIERO, M.O. Necesidades de salud: un análisis de la producción científica brasileña de 1990 el 2004. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.605-18, set/dez 2007.

Partiendo del presupuesto de que las respuestas a las necesidades de salud ofrecidas por los servicios de salud brasileños sufrieron un impacto con la regulación del Sistema Único de Salud (SUS), este estudio trata de aprehender las tendencias de tal reorganización en publicaciones científicas sobre el tema. Entre las 73 publicaciones seleccionadas en la base de datos on-line LILACS, 66 de ellas (90, 4%) no afrontaban el concepto de necesidades, usando el término en el sentido común; las que lo afrontaban tenían carácter de reflexión, siendo prácticamente inexistentes las publicaciones que encaraban la perspectiva de Salud Colectiva. Los artículos tomaban/definían necesidades comunes a todos los individuos, considerándoles una agrupación homogénea de sujetos abstractos sin alusión a clase - que es lo que determina y distingue las necesidades de salud. Resulta objeto de preocupación lo que tales artículos revelan ya que la atención a la salud viene privilegiando un recorte que enfatiza la enfermedad y puede reforzar prácticas amparadas en la visión funcionalista y clasificadora, en detrimento de una praxis emancipadora.

PALABRAS CLAVE: Evaluación de necesidades. Servicios de salud. Publicaciones científicas.

Recebido em 15/03/06. Aprovado em 04/05/07.