

NECESSIDADES DE VIDA DE FAMÍLIAS: DESAFIOS PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Edir Nei Teixeira Mandú*
Maria Aparecida Munhoz Gaíva**
Ana Maria Nunes da Silva***

RESUMO

O presente estudo é de caráter descritivo-qualitativo e enfoca o discurso de famílias sobre o tema *necessidades de vida*. Objetiva-se analisar responsabilidades atribuídas por famílias à Estratégia Saúde da Família (ESF) ante as necessidades de vida relacionadas à saúde-doença. Participaram 40 membros de famílias de uma região de Cuiabá - MT, por meio de entrevistas abertas. Com base em Gramsci, os discursos são articulados à lógica predominante no setor saúde/atenção básica e às experiências e interpretações próprias dos grupos sociais. Encontraram-se referências a necessidades de sobrevivência e de proteção social vinculadas à saúde e contradições em torno das responsabilidades da ESF em relação a elas. Evidencia-se a necessidade de a Estratégia considerar seu papel ético e estratégico no trabalho intersetorial, no reconhecimento de necessidades sociais, sanitárias e familiares e na produção de participação política orientada para a promoção da saúde. Para a atenção integral à saúde, a equipe de saúde precisa reconhecer e interpretar os modos de pensar da população e utilizá-los como substrato para pensar e reconstruir suas práticas.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Promoção da saúde. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde.

INTRODUÇÃO

Analisa-se o discurso de famílias de uma região de Cuiabá - MT sobre necessidades de vida. Objetiva-se identificar o que elas apresentam como necessidades de vida relacionadas à saúde-doença e a relação que estabelecem com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e apontar eventuais contradições presentes no discurso.

Os discursos em saúde espelham modos sociais de subjetivação relacionados ao perfil dos serviços e a experiências de vida e saúde dos grupos. Articulam-se ao modo predominante de produção dos cuidados em saúde bem como às carências e sofrimentos enfrentados, caracterizando-se como uma construção social e histórica permeada de contradições. Esse entendimento baseia-se em ideias gramscianas⁽¹⁾ segundo as quais os diferentes grupos sociais significam ou concebem o mundo e seus vários fenômenos de modo compartilhado, em meio a condições reais de vida, apresentando ideias comprometidas com o pensamento dominante e com a própria condição de classe, inclusive

ambiguidades e elaborações próprias referentes a questões do cotidiano.

Necessidades de vida são carecimentos interpretados/reinterpretados socialmente para viabilizar a vida; são problemas ou sofrimentos que interferem na vida, algo material ou simbólico que falta, e alternativas vistas como solução para essas situações. Consistem no que precisa ser satisfeito ante a essência-existência humana e os carecimentos derivados do rompimento das relações do homem com a natureza, consigo e com outros homens. Abrangem questões de subsistência, potenciais humanos e outros componentes da vida, relacionados à inserção socioeconômica dos grupos, à cultura, a meios de convívio e a estruturas de apoio social⁽²⁻³⁾. Assim, necessidades de vida relacionadas à saúde representam o que indivíduos e grupos precisam para viabilizar condições socialmente satisfatórias à geração da saúde, relativas à essência-existência humana e a condições que a qualificam.

A reconstrução almejada para a atenção básica, via Estratégia Saúde da Família (ESF),

*Enfermeira. Doutora. Professora Associado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT). E-mail: enmandu@terra.com.br

**Enfermeira. Doutora. Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem da UFMT. E-mail: mamgaiva@yahoo.com.br

***Enfermeira. Mestranda da Faculdade de Enfermagem da UFMT. E-mail: ana-enf@hotmail.com

requer consideração à amplitude das necessidades de indivíduos, famílias e grupos territorializados (usuários) segundo o preceito da atenção integral⁽⁴⁾.

Este preceito remete à primazia das ações de promoção e prevenção relacionadas a determinantes e condicionantes de saúde, além de implicar na garantia de cuidados por parte da rede de saúde, na articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação e na consideração às múltiplas dimensões da vida dos usuários⁽⁵⁾.

A promoção da saúde articula-se a condições e modos de viver e pensar a vida considerando aspectos como: fome; desemprego e subemprego; violência; habitação e saneamento básico inadequados; dificuldades de acesso à educação; urbanização desordenada; qualidade deteriorada do ar e da água - entre outros⁽⁶⁻⁹⁾.

A ampliação do escopo das ações da ESF coloca em questão o que usuários concebem como necessidades de vida relacionadas à saúde bem como o que consideram responsabilidade dessa estratégia. Essas concepções constituem parte da auto-representação de direitos sociais dos usuários e permitem reconhecer potenciais desafios à capitalização de processos técnicos, sociais e políticos e à construção da integralidade em saúde.

METODOLOGIA

O tema abordado é parte de um estudo mais abrangente que analisa a visita domiciliar na ESF em Cuiabá - MT. Neste estudo, entre outras questões, interroga-se qual a relação que famílias que recebem visita domiciliar estabelecem entre necessidades de vida e a ESF.

Realizou-se um estudo qualitativo-descritivo em áreas de abrangência de oito unidades de Saúde da Família (USFs) da Região Norte de Cuiabá (área de atuação acadêmica), com no mínimo dois anos de funcionamento no momento da coleta dos dados (outubro a dezembro de 2005), pressupondo-se que nessas unidades a prática da visita já se encontrava consolidada.

Atualmente, a cobertura populacional da ESF em Cuiabá é de 46%. A rede municipal possui 73 USFs, sendo 13 no norte da cidade. Essa região é área pobre da periferia de Cuiabá e

contava com 10 USFs por ocasião da coleta de dados, sendo duas com menos de dois anos de funcionamento. Nessas unidades, o trabalho assistencial concentrava-se em ações estratégicas, sendo eventual o encaminhamento de ações de promoção da saúde.

Foram incluídos como participantes da pesquisa membros de famílias das áreas de abrangência das USFs selecionadas, os quais foram contatados a partir de visitas domiciliares previstas e por meio de abordagem direta dos usuários pelos pesquisadores. Definiu-se como critério de inclusão ser residente nas áreas selecionadas há mais de seis meses e receber visita domiciliar sistematicamente. Participaram 40 membros de famílias, majoritariamente do sexo feminino (75%), da faixa etária de 18 a 79 anos, levando-se em conta o critério de saturação de dados.

Realizou-se entrevista aberta, contemplando questões relativas ao perfil sociodemográfico dos entrevistados e às suas experiências e pontos de vista sobre necessidades de vida e saúde, a ESF, e visita domiciliar.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, mediante o Protocolo 181/04, cumprindo as exigências da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, incluindo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para manter o sigilo e anonimato dos entrevistados, estes são aqui apresentados por meio do código E, significando entrevistado/a, seguido pelo número sequencial dado a cada entrevista.

Utilizou-se a análise de conteúdo temática⁽¹⁰⁾. Os dados empíricos foram articulados em categorias segundo os objetivos da pesquisa e os fundamentos teóricos adotados.

Abordam-se a seguir os dois conjuntos encontrados: necessidades de proteção social e sobrevivência; e contradições em torno de responsabilizações da ESF ante as necessidades de vida.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Necessidades de proteção social e sobrevivência

Em vista do caráter social da saúde-doença, a ESF é desafiada por complexas questões de

subsistência, condições e manifestações da vida, incluindo processos e problemas decorrentes dos padrões de desigualdade presentes em nossa sociedade.

As necessidades de vida expressas por famílias realçam esse aspecto. Elas englobam proteção social e sobrevivência, vinculadas de algum modo à obtenção da própria saúde, da saúde familiar ou da de outros que vivem na localidade.

As **necessidades de proteção social** referidas dizem respeito a condições sociais que dão qualidade à vida, abrangendo: moradia, transporte e saneamento adequados; controle público de situações que colocam famílias sob risco de violência; acesso à proteção social na doença; e acesso a conhecimentos para reivindicação de direitos e de educação.

A habitação digna e o transporte seguro e ágil são relacionados à saúde-doença:

Eu acho que falta ter mais casas para as famílias. A moradia quem não tem e vive em baixo de uma lona é difícil. Aí adoce (E. 30).

[...] Quem mora aqui não sabe nem mais andar lá no centro. Esses dias, ele (o filho) tava internado porque a catapora inflamou. Ele ficou lá no PS. Eu saio daqui com medo, porque o ônibus para numa rua morta. Se eu arrumar um serviço lá no centro, ao invés de eu sair daqui 7h, eu vou ter que sair 6h para chegar no horário. Porque dá tanta volta... Prejudica na saúde (E. 24).

Problemas como a inexistência de rede de esgoto, de ruas pavimentadas e de coleta sistemática dos resíduos sólidos domésticos, além do contato com vetores de doenças, são considerados em suas consequências para a saúde-doença:

[...] Aqui é esgoto aberto dia e noite. É pernilongo demais. A gente não aguenta. Essas águas que correm aí na rua a céu aberto. [...] Me preocupo muito com os meus filhos que brincam aí (E. 34).

Tinha que acabar um pouco com esse lixo. Como tem lixo nessas ruas! [...] Tem os buracos sem canalização. Isso traz doença pras crianças que ficam aí correndo, brincando no meio desse lixo (E. 31).

[...] Eu acho que falta rede de esgoto e asfalto. A poeira para quem já tem alergia... Ficar pisando na poeira... Tem a lama, também. Tudo isso ajuda a fazer mal (E. 25).

Essas necessidades indicam condições sanitárias locais insatisfatórias, decorrentes das desigualdades sociais a que os participantes da pesquisa encontram-se submetidos.

A desigualdade social repercute na qualidade de vida e, por decorrência, na saúde da sociedade, de famílias e indivíduos a ela sujeitos, uma vez que a saúde encontra-se relacionada a apropriadas condições de vida e a políticas sociais e econômicas equânimes⁽¹¹⁾.

A infraestrutura sanitária deficiente desempenha importante interface com quadros de maior risco/vulnerabilidade, morbidade e mortalidade⁽¹²⁻¹³⁾. Assim, carências na cobertura de água encanada, na coleta de esgoto e de lixo, dentre outros problemas sanitários manifestos, constituem desrespeito ao direito à saúde.

A falta de controle público de situações geradoras de violência e de garantia da assistência social na doença também é associada direta ou indiretamente à saúde:

A gente fica assustada aqui. Que nem meu velho mesmo, ele tem problema de pressão alta. Na hora do susto ela ataca mais ainda. Nessa casa velha ali ficam um monte deles (pessoas usando drogas). [...] A autoridade faz falta e precisava vim mais vezes, pra poder espantar, pegar e prender (E. 2).

A minha mulher teve problema grave de derrame. Há uns seis anos atrás era para ter aposentado. Mas não... [...] Ela não aposentou (E. 25).

Estudos nacionais têm mostrado relação entre esses aspectos e a saúde em um contexto de desigualdade social⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Ambos constituem um conjunto amplo de fatores perigosos à saúde a serem superados com a participação dos serviços de saúde, tal como destacado nas conferências internacionais de promoção da saúde⁽¹¹⁾.

Outra necessidade apontada pelas famílias é o acesso à educação de qualidade, visto como meio tanto para ingresso no mercado de trabalho como para reivindicação de direitos:

[...] A escola deles (filhos) tá com estudo muito baixo. Ela (filha) já tá quase no segundo grau e aqui não tem escola. Quem sabe até a gente muda, porque o estudo deles é muito importante. Hoje em dia é em primeiro lugar. Trabalho pra quem não tem estudo é muito dificultoso (E. 31).

A falta de conhecimento é o que mais maltrata a pobreza [...]. Não tem conhecimento, não muda os direitos que tem! (E. 25).

No contexto da defesa da promoção da saúde enfatiza-se que indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações e modificar favoravelmente o ambiente, via participação ativa⁽¹¹⁾, valorizando não só questões de sobrevivência e proteção social, mas também os potenciais humanos. Nesse sentido, a educação é essencial para participação em iguais condições no mercado de trabalho e/ou para a luta por direitos sociais.

Outras expressões dizem respeito à **necessidade de sobrevivência**, envolvendo condições imprescindíveis à garantia da vida no contexto presente - como empregabilidade, renda e acesso à terra - relacionadas ao trabalho e ao consumo de tecnologias em saúde.

Encontrou-se referência ao acesso a emprego e a renda e terra, atrelado à garantia de uma vida melhor ou à própria aquisição de condições para obtenção da saúde:

Eu acho que para ter um emprego melhor a gente tem que ter uma profissão [...]. E você tendo um emprego melhor você pode dar uma assistência melhor para a família. Com certeza, ganhando melhor a gente vive melhor (E. 4).

Sou lavrador. Agora tô trabalhando como comerciante. Contra a vontade. Se pudesse tava num pedacinho de terra. É disso que eu preciso (E. 24).

Com o meu trabalho eu poderia fazer uma refeição melhor para meus filhos. Porque a vacina pra eles eu sei que é importante, mas e a alimentação? É isso daí que eu me preocupo mais. Isso interfere na saúde. Vamos dizer 100%, porque a minha filha já estava com anemia avançada (E. 10).

Num contexto de restrição do acesso à atenção à saúde de qualidade, o emprego e a renda significam a possibilidade de alcançar com recursos financeiros próprios tecnologias em saúde valorizadas:

Eu preciso de um emprego melhor para mim e pra ele. Porque a gente tendo dinheiro pode até fazer uma consulta particular (E. 25).

Um emprego, um salário ajuda muito a pessoa. [...] Na saúde também, porque tem muitos posto que não dá remédio que você tá realmente precisando e é caro. Você trabalhar, ganhar dinheiro, você vai na farmácia e compra (E. 7).

Em um cenário de crescente fuga à responsabilidade por parte do poder público para com a geração de condições para a proteção da vida, em que sujeitos e famílias se veem cada vez mais autorresponsáveis por estas, a própria saúde é especificada como uma condição que, uma vez ausente, inviabiliza ou dificulta o “andar a vida”, trabalhar e, por decorrência, suprir outras necessidades importantes:

Preocupo comigo, com as crianças, e ele. Ele tem que trabalhar para sustentar a gente. Se ele ficar doente da onde a gente vai tirar? Aí fica difícil (E. 13).

Essa interpretação reflete, em especial, o confronto entre lógicas contrapostas às quais os participantes deste estudo estão sujeitos: a dos direitos e a do mercado. Apesar de a saúde ser um direito estabelecido na Constituição Brasileira⁽¹⁶⁾ e, nesta, a alimentação, moradia, renda, educação, saneamento básico, trabalho, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais serem explicitados como suas bases, a omissão social em relação a estes aspectos básicos da vida remete ao seu acesso via mercado, para os que podem comprar. Daí o seu destaque.

Contradições em torno de responsabilizações da ESF em face das necessidades da vida

A saúde como direito de todos e dever do Estado no Brasil atribui ao poder público a responsabilidade pelo acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços e ações de saúde, como também a condições dignas de vida. Esse acesso requer políticas econômicas, sociais e especificamente de saúde centradas em respostas às amplas necessidades dos diferentes grupos sociais.

O reconhecimento de tal responsabilidade entre os participantes do estudo expressa-se de forma contraditória.

A provisão de necessidades de vida é reconhecida como direito e como responsabilidade do Poder Público brasileiro:

A decepção do Estado, do Poder Público, é demais. Imposto. Alvará... Mas nós não temos respaldo. O que eles recolhem perturba demais. Quer arrecadar, mas não dá retorno para nós (E. 24).

A responsabilização de “alguém” (não nomeado) pelo suprimento dessas necessidades também se encontra presente no discurso, contraposta à auto-responsabilização assumida por seu provimento:

A gente tá morando aí porque a gente vai construindo de pouco a pouco [...]. É o nosso caso. Mas é preciso que alguém olhe pra esse povo que não tem essa condição (moradia) (E. 30).

Essa leitura não inclui a própria participação na luta pelo provimento público dessas condições:

Aqui na minha família a gente não tem passado necessidade nenhuma, porque a gente se vira de um lado ou de outro. Mas o bairro é muito carente e, infelizmente, não temos ninguém que luta por ele [...] (E. 34).

Também não abarca respostas a necessidades de vida como constituintes das responsabilidades da ESF:

Sobre o postinho a gente não tem o que reclamar. Eu não tenho. Não tem rede de esgoto, saneamento adequado, surgem muitas doenças. Mas esses esgotos são da prefeitura. É para lá (E. 16).

Bem, a única coisa que falta aqui e que a gente precisava era dinheiro. Isso a gente não pode pedir. A gente não pode pedir para elas (integrantes da equipe de saúde) (E. 22).

Necessidades são ou não apresentadas por usuários aos serviços de saúde por razões diversas, em meio a uma dada interpretação social de direitos em saúde e responsabilidades dos serviços em relação a eles⁽¹⁷⁾.

Apesar de os sujeitos desta pesquisa reconhecerem como parte de seus direitos o acesso a alimentação, moradia, educação, renda, etc., e de relacioná-los à saúde-doença, eles não atribuem aos serviços locais de saúde responsabilidade pelas respostas de que precisam.

Entre outros aspectos, isto guarda relação com o fato de que as necessidades da vida se encontram deslocadas das práticas habituais dos serviços. A prática e o discurso privilegiados no setor, por razões histórico-sociais, naturalizam necessidades, afastando-se de sua natureza social. Assim, a atribuição de responsabilidades à ESF articula-se ao seu perfil assistencial

tradicional diante dos problemas, os quais são entendidos, sobretudo como de natureza orgânica, deslocando-se as necessidades da vida, mesmo que se reconheça que elas interferem na geração da saúde.

O fato de as necessidades da vida não serem reconhecidas pelas famílias como parte das responsabilidades da ESF não significa que os problemas enfrentados e as doenças não carreguem o seu conteúdo social, fazendo emergir, de algum modo, a expectativa de que este espaço ofereça algum tipo de apoio, ainda que na forma de oferta de certos benefícios:

O que ela (ACS) podia fazer? Como diz os outros, ela ver a minha situação aqui, ela faz uma reunião lá. Não tô pedindo esmola para eles. [...] Combina com o pessoal para dar uma ajuda pra mim ou pra outro que tá vivendo igual. Uma ajudinha, uma alimentação para a gente. Não é que digo arroz, feijão. Não! Mas uma verdura que eles trazer pra gente (E. 6).

Assim, em meio às difíceis condições de vida enfrentadas, também demandam algum comprometimento da ESF com seu enfrentamento:

Tanta família mais carente que a nossa aí. Deveria ajudar! Como eu falei: tem o centro comunitário, tá vago; o que custava o prefeito, o presidente (de bairro), a turma da saúde da família falar: “Oh! Vamos colocar um negócio de crochê...”. [...] Eu acho que deveria ter uma pintura, um crochê, uma coisinha a mais! Pra desenvolver mais a saúde [...] (E. 10).

[...] Se eu disser que algum dia ela (ACS) chegou aqui e disse: “Você tem que providenciar isso assim; esse meio assim é melhor”. Porque eles conhecem. Se eu chegar pra ela e dizer: “Aonde que tem um colégio que eu posso hoje correr atrás pra eu colocar o ...?” (Filho com necessidades especiais). Ela tem que saber, porque ela é agente de saúde. Ela tem que me orientar (E. 5).

Essa responsabilização se estende à rede social – à Igreja, aos familiares e ao círculo de convivência –, num processo de ampliação das possibilidades de apoio:

Na igreja tem apoio, mas não é aquele apoio que deveria ter. [...] Tem a capoeira, mas a capoeira não vai trazer um benefício tanto assim como uma renda melhor pra família. Eu acho que deveria ter uma pintura, um crochê, uma coisinha a mais. Pra desenvolver mais a saúde. A Igreja Católica

também deveria fazer alguma coisa pra comunidade no bairro. Não tem nada (E. 10).

E nós aqui praticamente não temos família para ajudar. Eu também não tenho. Sou de fora. Aí nós temos que apegar com Deus ou com um vizinho perto de casa. Vizinho que nós temos, aqui, pra ajudar nós (E. 15).

O marco de proteção social no Brasil, sobretudo a partir do século XX, vem sendo encaminhado lado a lado com a oferta de ações segundo interesses do Estado/sociedade capitalista, demarcado pela paulatina transferência de responsabilidades sociais para os indivíduos e a rede social. Esta transferência encontra-se ampliada nos tempos atuais, no contexto de defesa e aprofundamento da ideologia da privatização dos serviços sociais em geral⁽¹⁸⁾, e mantém o histórico distanciamento dos serviços de saúde do enfrentamento de necessidades da vida. Nesse contexto se expressa, por um lado, a expectativa de participação do Estado e dos serviços locais de saúde na superação de necessidades enfrentadas e, por outro, a valorização de recursos próprios e de apoio da rede social para enfrentá-las.

Desafios para a ESF

Necessidades de vida tais como as referidas desafiam o Sistema Único de Saúde (SUS) e a ESF, envolvendo aspectos éticos, organizativos e operativos do trabalho.

As necessidades expressas representam incontestavelmente sofrimentos vividos que demandam, de forma legítima, o comprometimento ético das equipes de saúde com a construção de práticas que contribuam para sua superação. É preciso dar visibilidade às condições de vida dos usuários e comprometer-se eticamente com a oferta de ações que favoreçam a promoção da saúde.

Na organização/reorganização das ações na ESF é importante o reconhecimento sistemático e abrangente de necessidades sociais, sanitárias e familiares que interferem na saúde dos usuários territorializados. Deve-se lançar mão de informações socioepidemiológicas e de outras que expressem a realidade e o ponto de vista dos usuários, considerando-se suas vulnerabilidades. Deve ser adotada a epidemiologia social, que olha para os determinantes de saúde, superando o uso exclusivo da epidemiologia clássica, que

desloca a centralidade do caráter interativo entre sujeitos e seu meio e especificidades subjetivas⁽¹⁷⁾.

A viabilização de respostas às necessidades de vida deve se configurar em articulação com instâncias do setor, com outros setores e a própria população. O trabalho voltado à promoção da saúde requer um esforço da ESF na direção de práticas intersetoriais.

A promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não-governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida^(7:18).

A intersetorialidade constitui-se na articulação dos distintos setores para pensar a questão complexa da saúde, co-responsabilizando-se pela garantia da saúde como direito humano e mobilizando-se na formulação de intervenções que a propiciem⁽⁷⁾.

Essa prática engloba a identificação de parceiros e sua articulação na construção e efetivação de projetos de ação integrados que tenham por finalidade a melhoria da qualidade de vida de grupos. Nessa tarefa é fundamental a participação estratégica da gestão do setor saúde e dos trabalhadores da ESF, que devem propiciar também o envolvimento dos usuários.

A valorização das práticas intersetoriais requer a superação de um modo de organização do trabalho centrado no atendimento clínico-preventivo e em procedimentos médicos, organizado de forma fragmentada e por áreas estratégicas e encaminhado a partir de decisões centralizadas e normativas. Esses traços levam ao isolamento interno e externo do setor saúde/ESF, restringindo possibilidades de enfrentamentos amplos e integrados dos determinantes da saúde na forma de políticas e práticas integradas.

O modo de o usuário ver responsabilizações da ESF diante de necessidades vividas deve ser problematizado na direção do desenvolvimento da produção de condições políticas que interfiram nas práticas locais predominantes. É através de uma prática política posicionada,

envolvendo os diferentes interessados e a ampliação dos espaços de reflexão e participação, que se pode trabalhar no combate às desigualdades de vida. A cidadania implicada requer sujeitos sociais em condições de se contrapor, por meio de processos de luta, ao que fere o bem comum.

Há maiores possibilidades de promover saúde quando os grupos reconhecem o que a determina e fragiliza e as responsabilizações sociais e próprias em torno disto. Quando isso ocorre produz-se mais autonomia, favorecendo a participação coletiva na busca por soluções.

A adoção de medidas educativas apropriadas é importante para a desnaturalização e o enfrentamento das necessidades, como também para explicitar as lógicas subjacentes e favorecer a superação de uma concepção ingênua em torno delas⁽¹⁷⁾.

Essa é uma prática que deve ser direcionada tanto aos usuários como aos trabalhadores. O aprimoramento da participação ampla e a remodelação da democracia passam pela participação cada vez mais autônoma também dos trabalhadores, em função da produção de sujeitos no exercício de suas potencialidades de crítica, criação e responsabilização social⁽¹⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa evidencia o discurso de famílias atendidas pela ESF sobre uma variedade de fatores de vida influentes na saúde-doença que refletem condições de vida locais, como: moradia, transporte e saneamento inadequados; carências relacionadas ao controle público de

situações que colocam famílias sob risco de violência, à proteção social na doença e ao acesso a conhecimentos e à educação - além de dificuldades relativas ao emprego, à renda e ao acesso à terra.

Essa compreensão é acompanhada de contradições em torno do reconhecimento das responsabilidades do Estado, do setor saúde e da ESF em relação a respostas a elas e em torno da própria participação na luta política por essas condições.

Os achados desafiam a ESF em relação ao seu papel estratégico no trabalho intersectorial, na politização do cotidiano dos usuários e na produção de participação política orientada para a promoção de saúde. A construção de uma nova qualidade na atenção básica, sintonizada com a perspectiva de integralidade, passa pela ampliação do olhar e da ação sobre as necessidades de vida de usuários territorializados, e pela conferência de sentido prático ao direito constitucional à saúde.

As contradições encontradas em torno das necessidades de vida enfrentadas, da atribuição de responsabilização pública e da auto-responsabilização e apoio na rede social sugerem potencialidades e limites que podem se constituir em elementos de reflexão, orientação e incorporação no trabalho intersectorial a ser realizado. Para tal, é relevante a consideração de seus sentidos subjacentes, por referência aos sofrimentos enfrentados e à geração da saúde, e às potencialidades e limites que representa a participação política em busca de novas soluções e comprometimentos sociais com a saúde.

LIFE NEEDS OF FAMILIES: CHALLENGES OF THE FAMILY HEALTH PROGRAM

ABSTRACT

A descriptive qualitative study with a focus on the discourse of families on the subject of life needs. The study aims to examine the responsibilities attributed to families by the Family Health Program (FHP) on the needs related to health and disease. Participated in a form of in open interviews, 40 family members from Cuiabá-MT. Based on Gramsci, discourses are articulated to the logic prevailing in the health / primary care and the experiences and interpretations of the social groups. References to survival needs and social protection linked to health and contradictions regarding the responsibilities of the FHP were found. This study highlights the need for a strategy to consider its role in ethical and strategic intersectorial work, in recognition of the social, health and family participation in the production of policy-oriented health promotion. For a comprehensive health care, the health team needs to recognize and interpret the ways of thinking of the population, using them as substrate for thinking and rebuild their practices.

Key words: Family Health Program. Primary health care. Health Promotion. Health services needs and demand. Quality of health care.

NECESSIDADES DE LA VIDA DE FAMILIAS: DESAFÍOS PARA LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

RESUMEN

Estudio descriptivo cualitativo que se centra en el discurso de familias sobre el tema necesidades de vida. Se objetiva analizar las responsabilidades atribuidas por familias a la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) delante de las necesidades de la vida relacionadas a la salud-enfermedad. Participaron 40 miembros de familias de una región de Cuiabá-MT, a partir de entrevistas abiertas. Con base en Gramsci, los discursos son articulados a la lógica predominante en el sector salud/atención básica y las experiencias e interpretaciones propias de los grupos sociales. Se encontró referencia a necesidades de supervivencia y de protección social vinculadas a la salud y contradicciones que rodean las responsabilidades de la ESF frente a ellas. Se evidencia la necesidad de la estrategia considerar su papel ético estratégico en el trabajo intersectorial, en el reconocimiento de necesidades sociales, sanitarias y familiares en la elaboración de participación política orientada para la promoción de la salud. Para la atención integral a la salud, el equipo de salud necesita reconocer e interpretar las formas de pensar de la población, utilizándolas como sustrato para pensar y reconstruir sus prácticas.

Palabras clave: Programa de Salud de la Familia. Atención primaria de salud. Promoción de la salud. Necesidades y demandas de servicios de salud. Calidad de la atención de salud.

REFERÊNCIAS

1. Gramsci A. *Concepção dialética da história*. 10th ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1995.
2. Mandú ENT, Almeida MCP. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 1999 jan/mar;52(1):54-66.
3. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. *Cadernos CEFOR*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 1992. 53 p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 60 p. (Série Pactos pela Saúde; v. 4).
5. Conill, EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004 set/out;20(5):1417-23.
6. Buss PM, Pellegrini Filho, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007 jan/abr;17(1):77-93.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 60 p. (Série Pactos pela Saúde; v. 7).
8. Hayakawa LY, Inoue KC, Scochi MJ. Município saudável: o enfoque dos secretários municipais de Maringá-Paraná. *Ciênc Cuid Saúde*. 2004 set/dez;3(3):287-94.
9. Meirelles BHS, Erdmann AL. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. *Ciênc Cuid Saúde*. 2006 jan/mar;5(1):67-74.
10. Gomes R. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, editor. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes; 2002. p. 67-80.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Projeto Promoção de Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsväl, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede dos Mega Países, Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 61 p.
12. Ventura RN, Oliveira EM, Silva EMK, Silva NN, Puccini RF. Condições de vida e mortalidade infantil no município do Embu. *Rev Paul Pediatr*. 2008 set;26(3):251-57.
13. Oliveira SHS, Monteiro MAA, Lopes MSV, Brito DMS, Vieira NFC, Barroso MGT et al. Estratégias de enfrentamento da pobreza e sua interface com a promoção da saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007 set/out;15(n.esp.):867-73.
14. Mari JJ, Mello MF, Figueira I. The impact of urban violence on mental health: [editorial]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008 set;30(3):183-84.
15. Sanches MMJ, Oliveira CLC. Necessidades de saúde de idosos de uma unidade de saúde da família. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2009 jan/maio;12(1):63-76.
16. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
17. Camargo Junior KR. Das necessidades de saúde à demanda socialmente construída. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2005. p. 91-101.
18. Antunes R, Alves G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educ Soc*. 2004 maio/ago;25(87):335-51.
19. Campos RTO, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, editores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 669-688.

Endereço para correspondência: Edir Nei Teixeira Mandú. Rua Marcos Pereira da Luz, 111, Solar Gaudí, apto 402, Bairro Miguel Sutil, CEP: 78048-590, Cuiabá, Mato Grosso. E-mail: enmandu@terra.com.br

Data de recebimento: 15/05/09

Data de aprovação: 22/09/09

