

Avaliação de necessidades em saúde: um requisito para qualificar a atenção à saúde

Maria Amélia de Campos Oliveira¹, Tharsila Martins Rios da Silva^{II}

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. São Paulo-SP, Brasil. Revista Brasileira de Enfermagem, Editora Associada, Gestão 2010-2013. Brasília-DF, Brasil.

^{II} Secretaria Municipal de Saúde, Estratégia Saúde da Família. São Sebastião-DF, Brasil.

O movimento sanitário que resultou na proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil representou as lutas de setores da sociedade que defenderam a garantia da saúde e seu caráter universal e integral, tendo como eixos norteadores a busca por justiça, democracia e melhores condições de vida para toda a população.

Amparada por uma nova estrutura jurídico-política e ideológica, a saúde passou a ser entendida em sua relação com as estruturas da sociedade, seu modo de produção e reprodução. Os determinantes sociais do processo saúde-doença foram relacionados ao modo de produção da sociedade que, por sua vez, caracteriza-se por relações entre classes sociais distintas, resultando em fortalecimento ou desgaste de diferentes grupos sociais, homogêneos em função de sua inserção no trabalho e na vida.

Para reorientar o modelo assistencial em direção à promoção da saúde e da qualidade de vida, em 1994, o Ministério da Saúde propôs o Programa Saúde da Família, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), que prioriza a Atenção Básica e busca reorganizar a assistência à saúde, tornando-a a principal porta de entrada nos serviços de saúde.

A reorientação do modelo assistencial em saúde proposta pela ESF pretende ir além dos muros das unidades de saúde, avançando para os espaços onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam. Ao buscar a ruptura com o modelo curativo e individualizante, a ESF elege como o objeto de atenção a própria família, que passa a ser compreendida a partir do contexto em que vive. O estreitamento nas relações entre os profissionais de saúde e as famílias, em um território delimitado, é uma forma a garantir os princípios da Atenção Básica de territorialização, longitudinalidade, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilidade e equidade.

Em que pesem as conquistas advindas da implantação do SUS e da atual política que rege os serviços de saúde no Brasil, o modelo assistencial voltado para a doença permanece hegemônico. Ainda é possível observar o caráter fragmentado da atenção à saúde que muitas vezes se restringe a práticas confinadas em programas verticais específicos.

A Atenção Básica ainda não é a principal porta de entrada para o acesso aos serviços de saúde e as necessidades em saúde dos indivíduos, famílias e coletividades ora não são reconhecidas, ora se reduzem a demandas moduladas pelas ofertas dos serviços de saúde. A integralidade resume-se ao seu sentido individualizado, restrito à clínica.

O monitoramento das condições de vida e saúde das famílias de um determinado território, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade, faz parte da vigilância em saúde nos serviços da Atenção Básica. Sua finalidade é identificar as necessidades dessas famílias, com vistas à intervenção resolutiva e de qualidade para mudar suas condições de saúde.

Os serviços de saúde ainda apresentam dificuldade para identificar as necessidades em saúde dos diferentes grupos sociais, quer por falta de tecnologias, quer por ausência de preparo para utilizá-las. A reorganização do modelo assistencial pressupõe, portanto, qualificar as equipes de saúde para o reconhecimento e o enfrentamento dessas necessidades, na perspectiva da determinação social do processo saúde-doença.

A produção de conhecimentos sobre a avaliação de necessidades em saúde é uma tarefa a ser assumida coletivamente tanto por quem se dedica à elaboração de tecnologias e instrumentos de intervenção, como por aqueles que, no cotidiano dos serviços de saúde, encarregam-se de submeter tais produtos ao teste da realidade.