

NECESSIDADES EM SAÚDE: QUESTÕES IMPORTANTES PARA O TRABALHO DA ENFERMAGEM

NEEDS IN HEALTH: IMPORTANT QUESTIONS TO NURSING WORK
NECESIDADES DE LA SALUD: CUESTIONES IMPORTANTES PARA EL TRABAJO DE LA ENFERMERÍA

Edir Nei Teixeira Mandu¹
Maria Cecília Puntel de Almeida²

RESUMO: A construção de novos parâmetros e práticas em saúde e enfermagem, no sentido do efetivo exercício de direitos sociais, é um desafio posto na atualidade. Este trabalho é uma contribuição ao enfrentamento desse desafio. Olhando para o saber da enfermagem, reflete-se sobre um dado modo de interpretação das necessidades em saúde. A partir de uma discussão acerca das necessidades humanas e de sua relação com o trabalho em saúde, submete-se à crítica a interpretação das necessidades humanas/em saúde presente na teoria de Wanda de Aguiar Horta. Destaca-se na análise a importância da autonomia/autovalorização humana e a interpretação de necessidades a partir da consideração aos sujeitos que recebem-fazem saúde e ao contexto social.

PALAVRAS-CHAVE: assistência de enfermagem, necessidades em saúde, saber da enfermagem.

INTRODUÇÃO

A questão da qualidade encontra-se no centro da problemática da atenção à saúde no Brasil, destacando-se as suas implicações para o efetivo exercício de direitos sociais. Embora não haja coincidência entre os diferentes atores sociais acerca do que seja qualidade em saúde, há um certo consenso acerca da necessidade de mudança dos saberes e práticas em saúde, que se constitui em desafio a ser enfrentado pelos diversos campos de atuação profissional existentes no setor.

Quando pensamos o trabalho em saúde ou, especificamente, o de uma determinada categoria profissional, na perspectiva de superação da qualidade efetivada, coloca-se a inevitabilidade de se refletir acerca dos contornos e elementos que a constituem.

Nesse sentido, um dos desafios é o da tematização das necessidades em saúde, base partir da qual a qualidade assistencial deve ser reconstruída. Qualidade em saúde, avaliada positiva ou negativamente, diz respeito à satisfação ou não de determinadas necessidades humanas. Assim, são relevantes questões, como: Quais são essas necessidades? Como elas têm sido consideradas pelos serviços de saúde e pelas diferentes profissões? Que desafios colocam para o setor e aos diferentes campos profissionais? Especificamente, neste trabalho, a intenção é a de discutir estes aspectos relacionando-os ao trabalho da enfermagem. Fazemos um recorte sobre o saber construído pela enfermagem, elegendo a teoria de Wanda de Aguiar Horta (que se propõe a estabelecer as bases de uma ciência em enfermagem) para análise do modo predominante de interpretação das necessidades em saúde nesse campo profissional.

¹ *Enfermeira. Professora Adjunto IV do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem e Nutrição/UFMT. Doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da EERP/USP.*

² *Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.*

Submetemos à crítica um modo histórico de a enfermagem traduzir a questão das necessidades em saúde no encaminhamento de seu trabalho.

Consideramos, no entanto, que o recorte feito sobre o trabalho da enfermagem não significa uma recusa à compreensão de que o trabalho em saúde é coletivo, pelo contrário, parte-se do entendimento de que o trabalho da enfermagem define-se na relação com outros campos de saber-fazer em saúde, na intermediação com diferentes poderes e com o mundo do trabalho e da cultura. Também não significa que a eleição de parte do saber estruturado em enfermagem (a teoria selecionada), como campo de análise, nega outros discursos elaborados, ou que é na práxis que a interpretação ou o conceito de necessidades em saúde ganha concretude. O que se pretende neste trabalho é apenas pensar as questões que giram em torno do tema necessidades em saúde e saber da enfermagem – valorizando modos de interpretar o homem, saúde e necessidades.

Não há uma perspectiva única para o ajuizamento das necessidades em saúde. Para pensarmos a existência humana e as necessidades em saúde que dela decorrem, podemos nos apoiar em diferentes visões de mundo, homem e saúde. Além disso, essa é uma questão que diz respeito a sujeitos, que não são homogêneos em seus interesses, individualidades e socialidades.

Isto torna o seu debate extremamente complexo e multifacetado – um desafio para os diferentes campos do saber. Desse modo, não se intenciona dar conta de toda a sua complexidade, já que esse é um trabalho que requer um olhar/prática interdisciplinar. Entretanto, busca-se iluminar alguns de seus aspectos relacionados ao saber da enfermagem. Para isso, partimos de uma reflexão mais ampla acerca das necessidades humanas e do trabalho em saúde, assumindo para tal uma determinada perspectiva teórica e política.

NECESSIDADES HUMANAS/EM SAÚDE

De uma perspectiva humanista, baseada em Marx, o ser humano e suas necessidades definem-se a partir da existência concreta. Os homens e suas necessidades não são uma mera abstração, mas parte da história. O homem para sobreviver faz a própria história e nesse processo constrói realidades sociais e a si mesmo (*Fromm, 1967*).

O que diferencia os homens dos animais é o fato de os primeiros produzirem, de modo consciente, os seus próprios meios de subsistência, a partir de sua condição física e do meio natural. A relação dos homens com a natureza, com outros e consigo e as transformações que produzem pela ação geram vida humana e história, que se fazem nessa inter-relação.

A visão de que o homem se faz homem concretamente, através do trabalho, da ação transformadora, não exclui a consideração à existência do que Marx chama de uma "natureza humana em geral". Esta, porém, não é compreendida como tendo vida própria, fora da existência (*Fromm, 1967*). A visão marxiana admite a existência de um potencial humano dado fisicamente, mas entende que o homem só se faz – só se humaniza – na existência. Refere-se à vitalidade, à energia, à capacidade de criar, que só se realizam concretamente. A idéia é a de que as potencialidades humanas só se efetivam na vida – amadurecem e se expressam através de condições dadas, em meio a ações contínuas. É no processo produtivo, nas relações, que o homem realiza sua própria essência.

Desse entendimento, Marx reporta-se à afirmação de que existem necessidades verdadeiras, que se enraízam na natureza do homem ou, de outro modo, que são indispensáveis à efetivação da essência humana na existência concreta – como a necessidade de liberdade, de independência, de criação, além das relacionadas à manutenção da vida (como comer, dormir, agasalhar-se) e ao instinto sexual. Também se refere a necessidades que denomina de

criadas ou alienadas, que se manifestam em condições sociais dadas (Fromm, 1967).

Na sociedade capitalista, condição concreta da existência presente, o mundo, o homem e suas necessidades são interpretados como alienados. O homem alienado é aquele que se torna sujeito de necessidades socialmente criadas, em função da ampliação do capital. É o homem submetido à palavra, às coisas, às circunstâncias - que substituem o vivido, que separam o homem de si, de outros e da natureza. É aquele que vive antinomias na relação essência-existência, que não se realiza como sujeito, tendo como seu senhor o mundo das coisas.

Nesse viver alienado as necessidades são consideradas sintéticas, criadas em função do capital; não em função da expressão de potencialidades humanas, mas do ter, do poder, do usar. Elas se referem sobretudo a aspectos materiais - como necessidade de dinheiro, de lucro, de poupança, de propriedade das coisas, de consumo de bens (Fromm, 1967).

Segundo Heller e Fehér (1998), "a forma moderna de criação, percepção e distribuição de necessidades reforça a insatisfação, independente de alguma necessidade concreta ser ou não de fato satisfeita".

Vaitsman (1992), relacionando saúde, cultura e necessidades, reforça essa idéia, ao apontar que o projeto cultural de nossas sociedades industriais, segundo a lógica da constante produção e consumo de mercadorias, apoia-se na criação de infinitas necessidades humanas. O consumo de bens e mercadorias torna-se constituinte do imaginário, das aspirações, respondendo à lógica da produção, que resulta em produtos e também na criação de desejos.

Portanto, no mundo atual, as necessidades são inesgotáveis e se constituem parte integrante da subjetividade - dos desejos e do imaginário dos seres humanos. Ou seja, há um modo instaurado e contínuo de criação, percepção e satisfação/insatisfação social de necessidades, apoiado em uma relação subjetiva dos indivíduos com esse sistema de necessidades.

As necessidades humanas são traduzidas socialmente através de uma linguagem pública, através das instituições, mediante normas e leis sociais e políticas, através de reivindicações na arena social, ao mesmo tempo que se apresentam e se expressam subjetivamente na forma de sentimentos e motivações (Heller ; Fuhér, 1998).

Pode-se interpretar que as necessidades humanas englobam dimensões físicas, psíquicas e sociais, relacionadas à essência-existência humana (homem não alienado) e aos carecimentos decorrentes do rompimento das suas relações com a natureza, com outros seres e consigo.

Vaitsman (1992) refere que as sociedades modernas que baseiam sua produção na exploração da força de trabalho humano e da natureza, em função do crescimento da taxa de lucro, convivem com problemas sócio-ambientais, resultantes da separação radical dos indivíduos e sociedades, de si e da natureza. A produção e o comando das coisas sobre os homens implicam na ausência de uma certa qualidade de vida e no comprometimento da saúde humana.

A possibilidade de resgate dessa qualidade/saúde depende de as pessoas poderem satisfazer as suas necessidades de sobrevivência, para a manutenção de sua vida física (alimentação, moradia, hidratação). Mas não só. Vaitsman (1992), apoiando-se nos trabalhos de Neef, Elizalde, Hopenhayn et al, refere também as necessidades de proteção³ (sistemas sociais, ambientais); afeto (igualdade nas relações, exercício da sexualidade); compreensão (acesso à educação, à cultura); participação (social e política); lazer; criação (estéticas); identidade (cultural); liberdade.

Em Marx, as necessidades de liberdade, independência e criação relacionam-se à auto-criação ou à capacidade de o homem valer-se de si próprio, de, ao se relacionar produtivamente com o mundo, fazê-lo em função de sua auto-realização - como seu próprio senhor. O homem só é independente afirmando-se como homem total em suas relações com o mundo (Fromm, 1967).

Assim, a definição de necessidades humanas, para além da consideração a determinadas condições sócio-econômicas e às carências que dela resultam, abrange necessidades que derivam de uma visão mais ampla da vida humana, considerada enquanto essência-existência. Em síntese, pode-se dizer que as necessidades humanas não só abrangem as dimensões física, psíquica, afetiva, sociocultural, mas também a dimensão política da vida.

O TRABALHO EM SAÚDE E A QUESTÃO DAS NECESSIDADES

Todo trabalho realizado por seres humanos é ação que intencionalmente transforma uma dada realidade/fenômeno/objeto, a partir de certos instrumentos ou tecnologias (Mendes-Gonçalves, 1992). Essa intencionalidade que orienta o processo de trabalho não é individual (do trabalhador), mas social. Todo trabalho se orienta por necessidades sociais que o justificam. Diferentes formas de organização da vida implicam em diferentes necessidades, maneiras de satisfazê-las e articulações com os processos de trabalho. O trabalho em geral e, especificamente, o desenvolvido no campo da saúde, têm como finalidade última a satisfação de necessidades estabelecidas na dinâmica social.

Assim, pensar a questão das necessidades em saúde e o modo como orientam o trabalho nesse campo requer a consideração ao modo como, no nosso sistema social, se apresentam tais necessidades, acrescida à crítica a ele. Isto implica considerar dois planos distintos: o da criação / satisfação social das necessidades humanas, e o da relação do trabalho em saúde com o sistema de necessidades.

Nas sociedades modernas, as necessidades em saúde, assim como outras, têm tanto um valor de uso como um valor de troca. Elas se materializam em produtos que podem ser utilizados e comercializados, através do mercado. Por essa razão, elas são manipuladas socialmente, segundo interesses que predominam. De acordo com interesses, parâmetros e regras instaurados no mundo capitalista, ordenados por sua lógica de consumo-lucro crescente, certas necessidades são criadas e outras ocultadas. Desse modo, as respostas dos serviços às necessidades em saúde são contextos "instauradores de necessidades" (Schraiber; Mendes-Gonçalves, 1996). O campo médico estabeleceu um tipo de consumo/demanda de tecnologias/cuidados, cuja racionalidade se ordena a partir da manutenção da lucratividade no setor, com base na eleição e criação de determinadas necessidades de saúde.

Nos modelos que predominam no campo da saúde, as necessidades são apresentadas como se fossem de todos, desconsiderando-se as desigualdades sociais e a inadequada distribuição de recursos. As necessidades são identificadas por sobre os indivíduos, negando seu modo de vida. O trabalho se organiza a partir da racionalização da relação necessidades – custos, voltando-se para a satisfação de determinadas necessidades sem levar em conta os processos que as originam. Trata-se de uma interpretação a-histórica das necessidades (Schraiber; Gonçalves, 1996).

O Estado, através de políticas, o saber técnico e a ação profissional, através de relações, diagnósticos e terapêuticas, reproduzem e instauram necessidades em saúde, segundo parâmetros que predominam, embora não se possa negar um certo autogoverno no trabalho em ato na saúde.

³ A interpretação específica do conteúdo dessas necessidades, expresso entre parênteses, é nossa, a partir de afirmações gerais da autora.

A esse respeito Merhy (1997b) chama atenção – para o fato de que as necessidades também devem ser vistas sob uma perspectiva dialética, ou seja, de que o trabalho em saúde comporta distintos processos instituídos e também instituintes, que tanto reiteram necessidades criadas socialmente a partir de uma perspectiva dominante, quanto abrem espaço para a observância de necessidades específicas dos diferentes grupos sociais.

Desse processo de instituição de necessidades fazem parte não só o contexto, os administradores e profissionais, mas também a clientela, que participa da reprodução e instauração de necessidades em saúde, através de suas demandas. Estas, representadas e vivenciadas pela população, tanto reiteram necessidades criadas pelos serviços (Schraiber; Mendes-Gonçalves, 1996), como também instauram necessidades interpretadas de modo próprio, segundo condições sociais vividas.

Merhy (1997b) refere que, no trabalho em saúde há um espaço intercessor, de inter-relação entre a clientela e os trabalhadores, que se constitui num encontro e negociação de modos de representar e vivenciar necessidades – “tanto os produtores como os consumidores são instituintes de necessidades e atuam como forças no espaço interseção⁴ produção/consumo, expondo distintamente suas intencionalidades, ‘desejos’, necessidades, processos de ‘captura’ que estejam sofrendo, etc”.

Para esse autor, há uma compreensão predominante de necessidade, traduzida no trabalho profissional como carência – como falta exclusiva de algo que se procura consumir, em que se nega a existência de necessidades como expressão de um ser que “em potência” deseja existir, ter mais autonomia ao andar a vida. Chama atenção para o fato de que há espaços e possibilidades para uma interpretação mais ampla, sobretudo no trabalho em ato, do conjunto de necessidades em saúde que incorporem esta última dimensão.

Heller e Fuhér (1998) também trabalham com essa idéia, quando mencionam que é parcial referir-se às necessidades humanas apenas como carências, baseadas nos valores sociais que predominam nas organizações sociais modernas. Eles interpretam as necessidades articulando-as aos valores de liberdade e vida, entendidos como universais e gerais por informarem acerca de todos os tipos e formas de bens e valores. Referem-se às “relações humanas baseadas na igualdade e ao livre e mútuo reconhecimento das pessoas”, interpretando-os como necessidades de valor intrínseco e não como carência. Entretanto, chamam atenção também para o fato de que, no estágio atual das sociedades modernas, há uma preocupação maior com as carências do que com as necessidades que não são carências.

Assim, não é por acaso que no campo do trabalho em saúde, predominantemente, se considerem necessidades apenas da primeira perspectiva. O que nos alerta, portanto, para o fato de que as necessidades em saúde precisam ser vistas também do ponto de vista da autodeterminação, da valorização dos potenciais humanos – como a liberdade e a autonomia (demandas essas nem sempre trazidas explicitamente pela população aos serviços de saúde).

⁴ Merhy, no texto referido, explica o uso do termo “irteseção” em substituição ao termo intercessor.

As carências, traduzidas em reivindicações, são legítimas. Especialmente porque pressupõem algum nível de reconhecimento social. As reivindicações e o suprimento de carências, em alguma medida, são fundamentais a própria autodeterminação humana, ainda que conformem o que *Heller e Fuhér (1998)* chamam de determinação que não se origina da escolha do próprio Eu (ou de necessidades essenciais). Entretanto, também deve se levar em conta a necessidade de autodeterminação humana, uma vez que esta oferece elementos para o enfrentamento das circunstâncias/forças adversas externas-internas aos sujeitos, ao mesmo tempo que os aproxima de sua condição de humanidade.

Assim, carências e necessidades devem ser consideradas e reconhecidas igualmente. Traduzindo isto para o campo da saúde, significa dizer que são legítimas as reivindicações da clientela feitas aos serviços de saúde, ainda que elas representem uma certa alienação das necessidades essenciais. Nesse campo, é preciso valorizar as carências e a sua satisfação, traduzidas em demandas sociais, pois somente assim é possível engajar as pessoas em processos de autodeterminação. E esta, enquanto uma necessidade essencial, não pode ficar relegada a segundo plano.

SABER DA ENFERMAGEM – UM MODO DE INTERPRETAR A QUESTÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS/SAÚDE

A produção de teorias ou modelos científicos de enfermagem (saber da enfermagem) representa parte do processo histórico de construção das bases de uma ciência de enfermagem – de elaboração de um corpo de conhecimentos específicos da enfermagem. Foram as enfermeiras norte-americanas que iniciaram esse processo, que é relativamente recente na história da enfermagem profissional. Constitui-se um marco dessa produção o final dos anos 60 e a década de 70 (*Almeida; Rocha, 1986*).

As teorias de enfermagem reportam-se a conceitos, proposições e princípios relativos à natureza da enfermagem, à seu campo de ação e à sua metodologia de trabalho. Entre os conceitos fundamentais que as integram destacam-se os de sociedade, de seres humanos, de saúde e de enfermagem.

Poucas são as teorias que, de modo específico, explicitam o conceito e/ou o conteúdo interpretativo de necessidades humanas / em saúde, que podem, entretanto, ser captados, em alguma medida, pela análise do modo como são concebidos os problemas de saúde importantes para a enfermagem e os princípios e componentes do seu campo de ação.

Entre as que destacam em seus modelos as necessidades em saúde encontramos as propostas de Virginia Henderson, de Faye Glenn Abdellah, de Jean Watson e a da brasileira Wanda de Aguiar Horta. Esta última é a que trabalha especificamente com uma determinada concepção e classificação de necessidades humanas. Horta sistematiza e interrelaciona conceitos, proposições e princípios fundamentando-se na teoria das necessidades humanas básicas de Maslow⁵, classificadas em níveis a partir de João Mohana.

A teoria de Horta é a que mais tem sido usada como referência para a prática de enfermagem no Brasil (de modo isolado ou junto a outros modelos). A interpretação e classificação de necessidades de que se utiliza têm sido referência básica nos processos de formação de profissionais enfermeiros, conformando, em alguma medida, uma leitura comum acerca das necessidades em saúde entre os profissionais da área.

Principalmente por esta última razão, e não propriamente por sua importância e limites

⁵ Abraham Maslow, psicólogo clínico, nos anos 40/50, trabalha com a noção de necessidades como ponto de partida do comportamento motivacional.

enquanto proposta de sistematização das ações de enfermagem – processo de enfermagem (as suas contribuições e limites não serão aqui analisados), a tomamos como objeto de reflexão, destacando de seu conjunto a questão das necessidades humanas.

Em linhas gerais, entretanto, cabe lembrar que a produção teórica de Horta tem sido considerada relevante para a enfermagem brasileira, na medida em que valoriza e promove, em alguma medida, um certo reconhecimento da enfermagem ciência-arte, o olhar para o ser humano a partir da ótica de suas necessidades básicas, o auto-cuidado na assistência e o desenvolvimento da ação sistematizada em enfermagem.

Em sua teoria, Horta trabalha com uma compreensão de ser humano (indivíduo, família, comunidade) como parte do universo, sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio, que variam no tempo e no espaço. Tanto a dinâmica do universo quanto o próprio homem são vistos como os causadores dos estados de equilíbrio-desequilíbrio. A saúde é concebida por ela como equilíbrio dinâmico do homem na interação com o meio ou como satisfação de necessidades básicas. A doença é vista como o resultado de necessidades não atendidas ou atendidas de modo inadequado.

Os desequilíbrios são interpretados por Horta como os originadores das necessidades, que se caracterizam por estados de tensão, percebidos ou não. As necessidades humanas básicas são "estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais" (Horta, 1979).

Horta compreende que as necessidades são latentes, e se manifestam, em maior ou menor grau, apenas em situações de desequilíbrio - "condições ou situações que o indivíduo, família e comunidade apresentam decorrentes de suas necessidades básicas que exijam uma resolução, podendo ser aparentes, conscientes, verbalizadas ou não" (Horta, 1979).

Considera ainda, que o ser humano tem necessidades básicas que precisam ser atendidas, e que este atendimento exige, em determinadas situações, o auxílio de um profissional. Então, a equipe de saúde e a enfermagem, parte integrante, devem se voltar para a prevenção dos desequilíbrios ou à manutenção do equilíbrio humano – finalidade última do trabalho da enfermagem.

Em sua teoria Horta centraliza o campo de ação da enfermagem na atenção às necessidades humanas básicas, ainda que em determinados momentos refira-se a esta atenção como tarefa da equipe. Segundo ela, cabe à enfermagem o atendimento às necessidades básicas do ser humano – traduzido como cuidado de enfermagem, apoiado em saberes das ciências biológicas, físico-químicas e psicossociais. Promover e manter o equilíbrio do organismo, reverter desequilíbrios e autonomizar o ser humano das práticas profissionais em saúde constituem-se tarefa central da enfermagem. São problemas para a enfermagem as necessidades básicas afetadas, que "são situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade, e que exigem da(o) enfermeira(o) sua assistência profissional" (Horta, 1979).

As necessidades, em sua teorização, são apresentadas como universais – comuns a todos os seres humanos, variando apenas a sua manifestação e o modo de satisfazê-las, em função da idade, sexo, individualidade, cultura, escolaridade, fatores sociais e econômicos, condições físicas e do próprio ciclo do processo saúde-enfermidade. Em síntese, elas são referidas como universais, latentes, flexíveis, infinitas, cíclicas, constantes, inter-relacionadas, dinâmicas e hierarquizadas. As suas manifestações, em estados de desequilíbrio, ocorrem através de sinais e sintomas – que se constituem em problemas para a enfermagem.

A hierarquização das necessidades que Horta propõe, com base em Maslow, inclui diferentes níveis: o das necessidades fisiológicas (que dizem respeito à sobrevivência do organismo), de segurança (relativas a um ambiente livre de ameaças), de amor (voltadas à aceitação de outros), de estima (relativas à busca de auto-imagem positiva), de auto-realização (orientadas para o desenvolvimento das potencialidades individuais). Com base nesse autor,

compreende que a manifestação ou busca de satisfação desses diferentes níveis de necessidades se apresentam seqüencialmente, após um mínimo de satisfação do nível anterior.

Essas necessidades são classificadas, a partir de João Mohana, como necessidades psicobiológicas (oxigenação, hidratação, nutrição, sexualidade, abrigo, integridade cutânea-mucosa, percepção dos sentidos, terapêutica, entre outras) psicossociais (segurança, amor, liberdade, criatividade, lazer, auto-realização, participação, auto-estima, entre outras) e psicoespirituais (religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida).

Do seu ponto de vista são essas as necessidades que, em seu trabalho, a enfermagem deve considerar. Entretanto, nas suas proposições metodológicas para a prática de enfermagem (levantamento de dados, diagnóstico, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem) valoriza especialmente o conjunto classificado como necessidades psicobiológicas, na ordenação de uma intervenção individualizada em enfermagem.

Do nosso ponto de vista, Horta funda sua teoria numa concepção parcial de ser humano, uma vez que não leva em conta a historicidade da vida humana e de seus vários processos. A sua leitura da saúde e doença, como processos de equilíbrio-desequilíbrio que resultam da inter-relação do homem com um universo sistêmico, não leva em consideração os processos econômicos, socioculturais e políticos que atuam na sua determinação.

Dessa forma, interpreta as necessidades humanas como resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos vários fenômenos vitais e não como derivadas do próprio processo de humanização e alienação do homem em sociedade. As necessidades são traduzidas por Horta de modo universal - ela não considera na eleição das necessidades as diferenças derivadas da inserção social e grupal dos sujeitos da atenção. A consideração que faz às variações nas suas manifestações e no modo de satisfazê-las, leva em conta processos sociais e econômicos apenas como fatores isolados, em que se nega a sua relação de determinação.

Como as necessidades são criadas social e culturalmente – dependem de condições materiais e imateriais existentes, elas se apresentam no processo de vida, de modo específico, segundo determinados contextos naturais-sociais (Heller; Fuhér, 1998). Assim, não é possível falar em necessidades naturais e permanentes, sem que se leve em conta o modo de construção social da vida humana e a realidade sociocultural dos diferentes grupos sociais.

As necessidades fisiológicas, de segurança, de amor, de estima, de auto-realização, classificadas como psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, embora não possam ser historicamente desconsideradas do ponto de vista da atenção em saúde e em enfermagem, na concepção trabalhada por Horta, são hierarquizadas, enquanto manifestação e busca de satisfação, sugerindo níveis de maior e menor importância. As necessidades psicobiológicas, coerentemente com a visão predominante na atenção à saúde - a biomédica, são as eleitas centralmente para a sistematização do processo de trabalho da enfermagem.

Assim, a integralidade humana referida sobretudo ao corpo biológico, articula-se a uma concepção de saúde por oposição à disfunção, ao desequilíbrio orgânico do corpo, que requer cuidado, reparo, conserto, numa perspectiva individualizada. A atenção à saúde/enfermagem centraliza-se em processos/necessidades psicobiológicas manifestas individualmente.

Essa forma de interpretar a questão da atenção à saúde incorpora as marcas de uma visão parcial da totalidade humana, da saúde e suas determinações, e, por decorrência, de quais são as necessidades em saúde. Nela, nega-se a correlação entre saúde e estrutura sociocultural e política, e a integralidade humana como abrangendo, de modo complexo e inter-relacional, as várias dimensões da vida – a bio, psicoemocional, sociocultural e físico-ambiental. O ser humano não é compreendido como um ser cujas necessidades se originam em uma trama social conflitante de ações, de condutas, de normas, de valores, de relações de trabalho, de consumo e de poder.

De um outro modo, entretanto, a eleição de necessidades como referência para a organização do trabalho em saúde/enfermagem precisa considerar que as pessoas se constituem

em realidades naturais-sociais concretas, interferindo no ambiente que as cercam, buscando satisfazer as suas necessidades, reproduzindo, construindo, refletindo, modificando-se a si e ao meio com o qual interagem.

Dessa perspectiva, as necessidades não podem ser universalizadas/naturalizadas, uma vez que o homem é mais que uma estrutura orgânica/biológica "natural". Elas não podem ser reduzidas a processos de tensão originados por desequilíbrios. Uma visão social e histórica da vida humana incorpora a compreensão de que as carências derivam de processos físico-sociais – de condições de subsistência, de relações de desigualdade, de exploração, de dominação, de resistências, expressas coletiva e individualmente, e da totalidade do ser humano - em que se incluem a necessidade de sobrevivência, de auto-desenvolvimento e emancipação, de cuja garantia depende a saúde.

A saúde articula-se a um movimento ativo dos sujeitos frente às dificuldades do ambiente físico-social do qual participam. A atenção à saúde requer processos que favoreçam a formação de sujeitos capazes de se perceber e à realidade, para que enfrentem criativamente os limites e problemas que lhes são impostos. Trata-se de valorizar a autonomia para que os sujeitos percebam-se enquanto individualidade e socialidade, e engajem-se enfrentando o cotidiano adverso.

Assim, mais do que pensar uma prática articulada em torno das necessidades biológicas, numa perspectiva individualizada, é preciso considerar a relação necessidades em saúde - qualidade de vida (moradia, atenção à saúde, nutrição, educação, lazer, trabalho, relações mais justas, entre outras), necessidades em saúde - enfrentamento das discriminações sociais (de qualquer origem) e necessidades em saúde - auto-desenvolvimento humano.

Desse olhar, os diferentes níveis de necessidades perdem a característica de hierarquização e a sua ordenação em uma relação e prática centralmente individualizada. Os serviços de saúde e como parte deles os profissionais da enfermagem, deverão pensar os seus processos de trabalho conforme as necessidades de saúde específicas das diferentes comunidades, grupos sociais e indivíduos.

O alvo da intervenção em enfermagem, do corpo em desequilíbrio, deve se deslocar para os sujeitos, a partir das suas condições concretas de existência. Para isso, é preciso avançar da valorização da dimensão humana biológica, para a valorização da dimensão psicoemocional e social, sem destacar o indivíduo/sujeito do seu contexto de vida. Pois, tomar necessidades psicoemocionais e sociais como fatores isolados no indivíduo para ordenar a atenção é permanecer em uma situação abstrata e não enfrentar, de algum modo, os determinantes dos problemas em saúde (Ayres, 1993).

As necessidades em saúde, de expressão coletiva, não podem ser isoladas e individualizadas. Os processos de trabalho em saúde devem abranger o espaço individualizado e o coletivo, a partir da identificação das determinações do processo saúde-doença, considerando que as necessidades de saúde extrapolam categorias identificáveis a nível individual.

Isso não significa negar a importância da manifestação/satisfação de necessidades individuais, particulares, ou mesmo de uma atenção individualizada. Ao contrário, significa valorizar a atenção de uma perspectiva mais ampla, em que esses elementos integrem-se ao olhar/fazer junto a sujeitos concretos. Também não significa onipotência ou a compreensão de que é possível ao setor saúde atuar nos vários determinantes da saúde-doença. Mas sim que é imprescindível levar em conta a sua rede de determinação, atuando sobre o risco de adoecer e sobre a doença – através de tecnologias de intervenção individual e coletiva que permitam um maior controle dos sujeitos sobre sua vida e saúde (Campos, 1997).

Uma visão abrangente da totalidade e historicidade humana requer o questionamento do modo como se levantam as necessidades, do modo como elas são explicadas, e das intervenções assumidas na sua satisfação.

Assim, a identificação e a análise abrangente das diferentes necessidades dos vários segmentos/sujeitos, nos vários espaços coletivos/individualizados, deverão orientar as decisões acerca de quais ações e processos devem ser encaminhados para o seu enfrentamento.

No que se refere ao levantamento e análise das necessidades a serem atendidas nos serviços de saúde, a epidemiologia social (que olha para os determinantes socioculturais e os interpreta) é um dos suportes a ser utilizado na organização da prática em saúde/enfermagem. Os instrumentos de trabalho devem permitir a localização social das necessidades de saúde. Para isso, estes deverão considerar que, diferentes condições de vida, cultura e trabalho produzem diferentes perfis e necessidades em saúde.

Também é fundamental uma nova inter-relação entre os profissionais da saúde e a clientela, a ser construída por ambos, como um caminho para que os serviços de saúde e seus profissionais valorizem as necessidades expressas através da demanda, permitindo que estas sejam usadas como indicadores das decisões a serem tomadas. As relações e processos de trabalho, de uma perspectiva individualizada e coletiva, deverão apoiar-se em vivências e na consideração às subjetividades da clientela, abrindo espaço para a participação dos indivíduos, grupos e comunidades na definição das necessidades a serem satisfeitas através dos serviços.

É preciso que confrontemos o que hoje consideramos necessidades em saúde, a partir da perspectiva da clientela. De fato elas correspondem às necessidades dos vários e diferentes segmentos e indivíduos? As pessoas querem ter as suas vidas, os seus problemas e necessidades expostos, explorados pelos profissionais da saúde? Será que a clientela deseja, dos serviços de saúde/enfermagem respostas para certas necessidades que vivenciam, ainda que estas comprometam seu bem-estar? Será que os profissionais podem responder a estas necessidades?

Um modo diferente de trabalhar com necessidades em saúde, na organização dos serviços e processos de trabalho em saúde/enfermagem (individuais/coletivos), pode se encaminhar a partir da incorporação do ponto de vista da clientela. Mas não só. Conforme salienta Campos (1994), as necessidades em saúde devem ser apreendidas a partir do confronto entre diagnósticos epidemiológicos em saúde (considerando o conceito de risco), demandas da clientela e necessidades incorporadas e traduzidas em políticas (através de leis, conselhos de saúde, opinião pública, processos sociais em geral) e processos de trabalho em saúde (via saberes e práticas em saúde – expressos nas relações, na comunicação, nos instrumentos de trabalho, nas normas e rotinas, nas intervenções).

De uma concepção e prática que busca considerar a totalidade humana, a saúde-doença é interpretada a partir da satisfação/insatisfação de necessidades que incluem alimentação, habitação, educação, renda, condições ambientais favoráveis à vida, trabalho, emprego, transporte, lazer, liberdade, acesso à terra e a serviços de saúde (conforme VIII Conferência Nacional de Saúde). As relações e hierarquizações de classe, gênero, etnia, sexualidades – as desigualdades de condições sociais, culturais, ambientais, são levadas em conta na definição de necessidades de saúde. Busca-se recuperar nessa definição, o singular - o manifesto de modo único em cada sujeito, e os sentidos sociais - expressos individual e coletivamente. Merhy (1997a) assinala nessa direção quando refere que a saúde é uma vivência que depende de uma série de processos relativos à articulação do contexto – subjetividade – biologia.

Isto não significa dizer que a satisfação dessas necessidades (e de outras) seja compreendida como necessariamente pertinente aos serviços de saúde e à esfera das políticas sociais emanadas do setor estatal. Ao contrário, a atenção à saúde, via serviços de saúde, é um dos modos históricos de construir tal vivência. Hoje, inclusive, esse modo de ver/enfrentar as demandas em saúde vêm sendo questionado, dada a transversalidade da questão saúde-doença, ainda que não se negue a sua importância (a dos serviços de saúde) bem como a das

políticas estatais no seu enfrentamento.

Mas o que queremos destacar desse debate é uma das questões que o permeia – a da autonomia dos indivíduos, comunidades e populações. O fato de considerarmos que o resgate da autonomia possível é uma necessidade fundamental do ponto de vista da saúde, coloca em cheque tanto o modo como se medicaliza e institucionaliza a vida e as necessidades das pessoas, como a desconsideração a essa dimensão pelos serviços de saúde.

Essa constatação permite tanto radicalizar a defesa da necessidade de autodeterminação humana, quanto o questionamento do modo como se estabelecem necessidades e tecnologias para satisfazê-las via serviços de saúde, através de saberes e práticas dos diferentes profissionais. Neste último sentido, pode-se destacar a desconsideração aos conhecimentos, desejos, intencionalidades, valores e vivências das pessoas pelos serviços. Também, a manipulação dos hábitos, do corpo, dos sentimentos, das razões da clientela. A autodeterminação das pessoas que se utilizam dos serviços de saúde encontra-se subjugada às tecnologias, à resposta profissional – comumente o que se espera e se produz é a desresponsabilização do outro consigo.

Dâmaso (1992), Campos (1994), Merhy (1997b), chamam a atenção para o fato de que não é possível se falar em uma autonomia absoluta, mas que é perfeitamente razoável pensar políticas e práticas por fora da lógica do domínio. Consideram que não é possível negar as forças determinantes que não se pode controlar, que os espaços de liberdade são restritos, mas valorizam o político, a capacidade de se restaurar uma certa autonomia humana.

Assim, para a vida e para a saúde coloca-se o desafio de resgate de uma certa autonomia, da auto-regulação, da potência humana - a ser traduzida em novos modos de realizar o trabalho em saúde, as políticas e a vida cotidiana. A doença, antes de mais nada resulta da alienação do homem às coisas, da subjugação do seu próprio corpo, mente e capacidades auto-criativas a elementos e processos vindos de fora.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a noção e conteúdos de direitos seja histórica, estes devem ser balizadores das necessidades a serem consideradas pelos serviços de saúde/enfermagem, através de ações e relações individuais e coletivas construídas entre profissionais-clientela-contexto.

A relação entre atos de saúde e satisfação de necessidades/direitos exige a crítica concreta ao modo como estas são traduzidas, apresentadas e incorporadas no trabalho em saúde e, especificamente, de enfermagem. Importa superar a sua definição a partir de critérios técnicos e a-históricos, em que a demanda e o seu contexto não são considerados.

Defendemos, como alguns dos autores utilizados como referência neste trabalho, a valorização da representação, dos sentimentos, dos desejos e das vivências da clientela na definição das necessidades em saúde a serem consideradas – como base de confronto às necessidades eleitas pelos profissionais, administradores e por outros processos do contexto legitimadores de necessidades. Para isso, reconhecemos a importância de se abrir espaços/processos à expressão e análise de necessidades (e das condições que as geram) – espaços/processos institucionais, comunitários; nas relações individuais e coletivas; para clientela, profissionais e administradores.

As definições acerca de quais direitos serão considerados precisa levar em conta as necessidades de autonomia/autovalorização e as carências decorrentes do modo de vida presente, segundo sua configuração particular para sujeitos, grupos, comunidades, que recebem-fazem a atenção à saúde.

Nesse sentido, cabe salientar a importância de manter/avançar no desafio de uma atenção que leve em consideração a multidimensionalidade humana, relevando as suas implicações para a organização dos sistemas de saúde e, especificamente, para o gerenciamento, para a articulação dos vários trabalhos e saberes e para a atenção individual e coletiva (como promoção, prevenção e cura). Rever necessidades e também tecnologias – incluindo nestas a dimensão subjetiva presente nas relações.

À reinterpretação das necessidades seguir-se-á o desafio de optar/construir tecnologias adequadas, ou seja, a de especificar quais ferramentas, quais saberes, qual intersubjetividade são os mais adequados, levando em consideração o que *Merhy (1997a)* transforma em questões a serem enfrentadas: Que falas? Que escutas? Que interpretações? Que acolhida? Que responsabilizações?

Uma nova qualidade assistencial (considerados os limites históricos), que considere a integralidade humana, o processo de vida e seus riscos e uma maior autonomia dos sujeitos-clientela, depende do adequado estabelecimento de necessidades e tecnologias em saúde, ou dos modos de realizar o trabalho. Nesse processo, o trabalho/trabalhador em saúde e, especificamente, o trabalho/trabalhador da enfermagem, precisam/podem, de modo novo, contribuir para a expressão/satisfação dessas necessidades, segundo um modo próprio e articulado de agir.

ABSTRACT: The construction of new paradigms and practices in health and nursing, directed to an effective exercise of social rights is an actual challenge. The present study is a contribution to solve this challenge. Looking at nursing knowledge, authors reflect on a way of interpreting the needs in health. Based on a discussion about human needs and their relationship with the health work, they analyse them following the direction of Wanda de Aguiar Horta's theory. They emphasize the importance of human autonomy/selfvaluing and the interpretation of needs based on the consideration of people who receive and give health care and of the social context.

KEYWORDS: *nursing care, needs in health, nursing knowledge.*

RESUMEN: La construcción de nuevos parámetros y prácticas en salud y enfermería en el sentido del ejercicio efectivo de los derechos sociales, es un desafío actual. El presente trabajo es una contribución al enfrentamiento de este desafío. Analizando el saber de la enfermería reflexionamos sobre esta manera de interpretar las necesidades de la salud. A partir de una discusión a cerca de las necesidades humanas y de su relación con el trabajo en salud, nos sometemos a la crítica de la interpretación de dichas necesidades, presente en la teoría de Wanda de Aguiar Horta. El análisis destaca la importancia de la autonomía/autovalorización humana y de la interpretación de las necesidades a partir de las consideraciones de sujetos que reciben y hacen salud y del contexto social.

PALAVRAS LLAVE: *necesidades en la salud, asistencia de la enfermería, saber de la enfermería.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, J. S. Y. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1986.
- AYRES, J. R. de C. M. *Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática*. In: SCHRAIBER, I. B. *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 139-182.
- DÂMASO, R. *Saúde e autonomia: para uma política da vida*. In: Fleury, S. (Org) *Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 213-230.
- CAMPOS, G. W. de S. *Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde*. In: CECÍLIO, L. C. de O (Org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-88.
- CAMPOS, G. W. de S. *Análise crítica das contribuições da saúde coletiva a organização das práticas de saúde no SUS*. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 113-124.
- FROMM, E. *Conceito marxista do homem*. Tradução de Octavio Alves Velho. 4. ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1967. (Com uma tradução dos Manuscritos econômicos e filosóficos de Karl Marx, por T. B. Bottomore).
- HELLER, A.; FEHÉR, F. *A condição política pós-moderna*. Tradução de Marcos Santarrita. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.
- HORTA, W. A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.
- MERHY, E. E. *A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência*. DMPS/FCM/UNICAMP. Conferência Nacional de Saúde On-Line. *Temas em debate*. Campinas, 1997a.
- MERHY, E. E. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho*. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec / Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997b. p. 71-112.
- MENDES-GONÇALVES *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. Cadernos Cefor, São Paulo: SMS, 1992.
- 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.
- VAITSMAN, J. *Saúde, cultura e necessidades*. In: Fleury, S. (Org) *Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 157-173.