

Potencialidade da dialética para o planejamento e atendimento às necessidades de saúde.

Alexandra Bulgarelli do Nascimento, Sayuri Tanaka Maeda y Emiko Yoshikawa Egry.

Cita:

Alexandra Bulgarelli do Nascimento, Sayuri Tanaka Maeda y Emiko Yoshikawa Egry (2019). *Potencialidade da dialética para o planejamento e atendimento às necessidades de saúde. XXXII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Lima.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-030/1987>



Potencialidade da dialética para o planejamento e atendimento às necessidades de saúde

Alexandra Bulgarelli do Nascimento¹
Sayuri Tanaka Maeda²
Emiko Yoshikawa Egry³

Resumo

Objetivo

Reconhecer a potencialidade da dialética para o planejamento e atendimento efetivo às necessidades de saúde.

Problemática

As contradições são inerentes à visão de mundo materialista histórica-dialética, e estão presentes no setor saúde, o qual tem a responsabilidade de identificar e atender às necessidades de saúde da população, considerando os modos de produção e reprodução social que explicitam vulnerabilidades, que influenciam a condição de saúde de grupos sociais específicos.

Metodologia

Estudo de caso de um município brasileiro, com mais de 50 mil habitantes e não pertencente à Região Metropolitana, com Índice de Desenvolvimento Humano alto e baixo coeficiente de Gini, que dispunha dos Planos Municipais de Saúde (PMS), dos quadriênios 2010-2013, 2014-2017 e 201-2021, no sistema de informação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Resultados

As contradições foram evidenciadas em dois quadriênios do PMS (2010-2013 e 2018-2021), ao ter a doença como demanda geradora de valor de troca, demonstrando – como propõe a dialética – que o monitoramento do perfil morbimortalidade e de desenvolvimento social desarticulados da realidade, não conseguem possibilitar o planejamento e atendimento efetivo às necessidades de saúde. Entretanto, ao comparar ambos quadriênios do PMS foi possível identificar, no PMS vigente, um ganho quantitativo na construção deste instrumento de gestão – o que reforça a dialética como referencial metodológico potente para subsidiar as práticas de gestão em saúde.

Discussão

A reduzida eficiência dos serviços de saúde no atendimento às heterogêneas necessidades de saúde, pouco contribui para melhorar a situação de saúde das pessoas



e mitigar as desigualdades sociais – impondo aos gestores locais em saúde a necessidade de se utilizarem de métodos potentes para identificarem as realidades- parte que compõem a totalidade do cotidiano, como tão bem estabelece a dialética marxista, ao estabelecer que as relações sociais centradas no trabalho e na inserção social das pessoas impõem a elas determinação das formas de adoecer e morrer.

Conclusões

Da dialética emerge a superação da realidade, com ganhos quantitativos consecutivos e salto qualitativo que se traduz em transformação do cotidiano – que se dá mediante qualificação dos gestores locais, fortalecimento da descentralização, e reposicionamento do governo para assumir o SUS como política de proteção social potente para mitigar as desigualdades sociais.

Palavras-chaves

Políticas públicas, saúde, planejamento em saúde, saúde pública, gestão em saúde.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) impõe aos seus gestores importantes desafios, haja vista a dimensão continental do país, diversidade cultural, demográfica, econômica e epidemiológica presentes, além do sub- financiamento crônico que o setor público de saúde está vivenciando, principalmente, desde 2016 – com a implantação da Emenda Constitucional nº 95 – que congelou os gastos públicos, inclusive os do setor saúde, por 20 anos (Brasil, 2016).

O atual contexto político-econômico brasileiro e mundial, em que há valorização exponencial das práticas de políticas neoliberais, exerce uma forte influência sobre a redução quantitativa e qualitativa de serviços de saúde efetivos, uma vez que essas práticas têm o objetivo de minimizar o compromisso do Estado com a população, no que tange à implementação e à manutenção de políticas públicas contributivas para a melhoria da situação de saúde das pessoas e, conseqüentemente, para a qualidade da assistência prestada (Ribeiro & Moreira, 2017).

Os gestores locais do SUS têm a responsabilidade de organizar a assistência à saúde à população, o que – muitas vezes – é concebida por meio da ação isolada da oferta de serviços de saúde de forma desarticulada da identificação das necessidades em saúde da população – o que denota descompasso entre a demanda e a oferta, evidenciando desigualdades alocativas de recursos em saúde e, em última análise, deficiência no



atendimento às necessidades em saúde das pessoas (Coelho et al., 2019), em especial, de grupos sociais vulneráveis (Nascimento, 2015)

Como resposta, emerge o Plano Municipal de Saúde (PMS) como instrumento de gestão local, que objetiva monitorar e planejar as ações com vistas a atenderem às necessidades em saúde da população (Brasil, 2005; Bueno et al., 2013).

Entretanto, a forma como se dá a elaboração do PMS traz em si várias limitações, como ao não se atentar para a pertinência da identificação das necessidades em saúde de grupos sociais vulneráveis (Nascimento & Egry, 2017).

Diante disto, a dialética é colocada como um referencial metodológico potente para captação da realidade, haja vista a sua proposta de compreensão das partes que compõem a totalidade visando a superação (Perna & Nolasco, 2008), este movimento de adensamento do entendimento crítico daquilo que ocorre no cotidiano, justifica a realização deste estudo, uma vez que ele posiciona a dialética como meio para alavancar o planejamento local em saúde comprometido com a identificação efetiva das necessidades em saúde da população e de grupos sociais específicos.

Fundamentação do problema

A dialética está ancorada na visão de mundo materialista, a qual exige a necessidade de compreensão da realidade para propor mudanças contínuas de natureza quantitativa e que se traduzam, ao longo do tempo, em mudanças significativas de natureza qualitativa, oportunizando a transformação efetiva do concreto (Perna & Nolasco, 2008).

Entre os séculos XVIII e XIX, a dialética foi concebida, inicialmente, por Kant e Hegel, que buscaram analisar a relação do homem, no incipiente modo de produção capitalista, frente à eclosão da Revolução Francesa e da Revolução Industrial, as quais impuseram a organização social em classes fundamentada pelo trabalho (Perna & Nolasco, 2008).

Neste contexto, Marx e Engels, ao identificarem que o trabalho impunha uma determinação no modo de produzir e reproduzir na sociedade, passam a argumentar que as formas de inserção social se configuravam como desiguais e impactam as formas de viver das pessoas (Perna & Nolasco, 2008).

Portanto, a dialética é concebida como meio de compreensão crítica da realidade, oportunizando libertação das pessoas, diante da relação desigual imposta pelo



capitalismo às formas de sobrevivência dos diferentes grupos que compõem a sociedade (Perna & Nolasco, 2008).

Este preâmbulo é fundamental para reconhecer a potencialidade da dialética na área da saúde, como tão bem defendia Juan César García, ao argumentar que a Saúde Coletiva, ancorada sobre o materialismo histórico e dialético, se propõe a compreender as formas de produção e reprodução como socialmente determinadas, o que impacta os diferentes perfis epidemiológicos das pessoas que coexistem na realidade e, conseguinte urgência por profissionais e práticas de saúde que tenham condições efetivas de responder a realidades limitantes e desiguais (Nunes, 2015).

Assim, as práticas de planejamento local em saúde precisam se utilizar da dialética, como meio de compreensão da realidade, uma vez que ela é repleta de heterogêneas necessidades em saúde, que emergem dos diferentes grupos sociais que compõem o território (Nascimento & Egry, 2017).

Para a identificação dessas necessidades, os gestores locais em saúde dispõem de instrumentos de gestão, como o PMS que precisa ser municiado com informações emergentes da realidade, situação em que se destaca a dialética como premissa metodológica potente (Ferreira et al., 2018), pois oportuniza transformação da realidade local com ganhos quantitativos que acumulados, se traduzem em ganhos qualitativos significativos para a população que produz e reproduz no território.

Diante disto, este estudo teve o objetivo de reconhecer a potencialidade da dialética para o planejamento e atendimento efetivo às necessidades de saúde.

Metodologia

Este estudo é do tipo documental e com abordagem qualitativa. Utilizou-se a análise de conteúdo conforme preconizado pela metodologia de Bardin, que por meio da hermenêutica crítica, estrutura a elaboração e a análise de unidades de significado com o objetivo de sistematizar a captura da essência do fenômeno (Bardin, 2011).

Os documentos analisados foram os PMS dos períodos 2010-2013, 2014-2017 e 2018-2021 de um município brasileiro do estado de São Paulo, e não pertencente à região metropolitana; com mais de 50 mil habitantes; com ótimo Índice de Desenvolvimento Humano e o pior coeficiente de Gini; e que dispunha no Sistema de Apoio à Elaboração dos Relatórios de Gestão (SargSUS) os PMS dos três quadriênios de interesse.



Ao tomar como base de dados os PMS, que se caracterizam como documentos de natureza secundária e sobretudo por serem de domínio público, a apreciação por um Comitê de Ética em Pesquisa foi dispensada para a execução deste estudo (Brasil, 2013).

A organização e sistematização dos dados extraídos dos PMS ocorreu por meio software WebQDA®, no qual foram categorizados trechos dos PMS que se atinham a identificar a concepção do processo saúde-doença utilizados nesses instrumentos, bem como às ideias para a identificação das necessidades em saúde da população em geral e de grupos sociais vulneráveis. Para tanto, foram utilizadas duas categorias de análise: “identificação das necessidades em saúde” e “concepção do processo saúde-doença”.

Resultados e discussão

A análise dos PMS referentes aos quadriênios 2010-2013, 2014-2017 e 2018-2021 demonstrou, inicialmente, que os quadriênios de 2010-2013 e 2018-2021, o município realizou uma análise situacional do território, descrevendo-a de forma detalhada.

Em relação ao quadriênio 2014-2017 foi evidenciada a ausência da análise situacional, sendo o PMS composto basicamente pelas diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde e as ações e metas propostas para o seu alcance – o que impossibilitou a comparação deste quadriênio com os demais analisados.

Esse contexto demonstra forte relação dialética, entre a necessidade de mapeamento situacional da realidade, frente à obrigatoriedade de o município apresentar um PMS para garantir a continuidade dos repasses financeiros para o território.

Diante desta contradição identificada, emerge a oportunidade de implantação de ações de fortalecimento da descentralização e valorização do município para identificar e responder às necessidades em saúde da população (Pinafo et al, 2016).

Entretanto, esta não é uma tarefa simples – haja vista os desafios para gestão local no que tange o financiamento, disponibilidade política dos gestores e dificuldade para realização de um planejamento em saúde que consiga abarcar as heterogêneas necessidades em saúde presentes no território (Pinafo et al, 2016).

Em detrimento disto, no município analisado foi possível visualizar alteração na forma de condução das ações de planejamento em saúde, entre os quadriênios de 2010-2013 e 2018-2021.



Nos trechos a seguir identifica-se forte centralização da identificação das necessidades em saúde na descrição do manejo das doenças e agravos que acometeram a população, compreendida de forma totalitária.

PMS (2010-2013): [...] a distribuição dos óbitos infantis ocorridos no município cuja assistência à gestação está vinculada às Unidades Básicas de Saúde municipais. [...]. Ao se analisar a ocorrência dos óbitos infantis na rede SUS e Privada, percebe-se maior concentração da mortalidade na rede pública com ocorrência de 24 óbitos num universo de 1.240 nascidos vivos vinculados ao serviço público, enquanto na rede privada houve ocorrência de 5 óbitos em relação a 1.133 nascidos vivos. (Grifo nosso)

PMS (2010-2013): [...]. Ao se analisar os dados de acordo com critérios de evitabilidade utilizados pelo Comitê Municipal de Mortalidade Materno Infantil, que utiliza instrumento padronizado pela Secretaria Estadual de Saúde para esse estudo, identifica-se que 58,6% dos óbitos são passíveis de redução por Adequado Controle na Gravidez, 27,6% redutíveis por Diagnóstico e Intervenção Precoce e 13,8% classificados como inevitáveis. (Grifo nosso)

PMS (2010-2013): [...] A série histórica dos Coeficientes de Mortalidade Materna no Município [...] apresenta ainda índices elevados, com inexistência do fenômeno em 2005 e 2007 e várias flutuações no período [...]. A série indicada pode denotar ações incipientes na Assistência ao Pré-Natal e ao Parto no âmbito da rede básica e hospitalar no município, uma vez que os decréscimos das taxas de mortalidade infantil e materna estão diretamente relacionados ao acompanhamento de saúde da gestante e melhoria da qualidade de assistência à mulher [...]. (Grifo nosso)

PMS (2010-2013): [...] a série histórica dos Coeficientes de mortalidade por câncer de mama no município [...] referente ao período 2005 a 2008 demonstra tendência de crescimento da doença nos anos mais recentes. Inversamente ao câncer de mama, a mortalidade por câncer do colo do útero mostrou, para o estado de São Paulo, uma tendência de queda. (Grifo nosso)

A análise desses trechos, considerando os pressupostos da dialética, como referencial metodológico, para subsidiar as práticas de planejamento em saúde, que se materializa por meio do PMS – possibilita identificar que, apesar do avanço, ao descrever o cenário epidemiológico do território, não é possível vislumbrar os grupos sociais vulneráveis – que estão expostos a estas situações de adoecimento e morte, devido as suas formas de inserção social – o que demandaria do município uma análise ampliada das formas de viver das pessoas que coexistem no território.



A compreensão do território, como elemento vivo, que sofre transformações e transforma as pessoas que nele produzem e reproduzem, é fundamental para o gestor amparar as suas práticas direcionadas para a identificação de necessidades em saúde, considerando a existência de vulnerabilidades sociais que determinam socialmente o perfil epidemiológico (Machado et al., 2017).

Esse aspecto é de tamanha importância, haja vista que uma das principais barreiras para as práticas de gestão local é identificar as necessidades em saúde e alocar os recursos de forma adequada e articulada – frente às heterogêneas necessidades que emergem da realidade (Pinafo et al, 2016).

Neste sentido, o município analisado avançou no PMS do quadriênio de 2018-2021, ao propor a análise de alguns aspectos considerando, para além do agravo à saúde, o nome do território da rede de atenção básica ao qual a pessoa estava vinculada. Esta ideia ficou evidente em:

PMS (2018-2021) A mortalidade precoce de mulheres no município apresenta tendência crescente. Os quadros [...] apontam essa fração da mortalidade por causas capítulo do CID-10 e territórios da rede de atenção básica municipal da saúde e visam facilitar ações e intervenções de saúde nessas áreas. (Grifo nosso)

PMS (2018-2021) O gráfico [...] demonstra a série histórica dos Coeficientes de Mortalidade Infantil, relativos ao período 2010-2016 em seus componentes etários. A distribuição dessa fração da Mortalidade por causas/Cap. da Cid10 e territórios de Saúde da Rede de Atenção Básica apresentada [...] tem como objetivo possibilitar a análise da situação e subsidiar medidas de intervenção para melhorar a resposta da Atenção Básica no componente Assistência ao Pré-Natal, uma vez que ainda se verifica um percentual relevante de óbitos infantis passíveis de redução por adequada atenção ao pré-natal e parto. (Grifo nosso)

PMS (2018-2021). As taxas de mortalidade materna apresentadas [...] mostram tendências estáveis para o período 2010 a 2015. Em 2016 o índice aparece aumentado enfatizando-se a ocorrência de dois óbitos por causas evitáveis neste mesmo ano. [...] A tabela [...] aponta a distribuição de mortalidade materna nos territórios da rede de Atenção Básica e podem direcionar ações para reduzir óbitos nesta fração da população. (Grifo nosso)

Apesar dos trechos reiterarem o uso da concepção do processo saúde-doença centrado no adoecimento e morte, vinculado ao agravo à saúde, como ocorreu também no PMS



de 2010-2013, há uma mudança de concepção, quando o gestor deste município propõe uma análise desses agravos no contexto da Unidade Básica de Saúde (UBS) a qual as pessoas estavam vinculadas.

Isto demonstra a preocupação do gestor local em realizar uma aproximação com a realidade – o que demonstra a potencialidade da dialética como referencial metodológico para análise das partes que compõem a totalidade do cotidiano (Perna & Nolasco, 2008).

Como caminho de mediação para mudança, é desejável assimilar uma perspectiva sistêmica buscando uma capacidade de sinergia entre os recursos da saúde e outros setores sociais, uma vez que os indicadores de mortalidade infantil e materna, são consequências complexas relacionadas às condições de vida. Acredita-se que o investimento pontual em nível da atenção básica, ainda que respaldado no atributo institucional, dificilmente superará a segmentação do sistema.

Tanto é verdade, que o município analisado identificou a pertinência das ações intersetoriais para responder às necessidades em saúde – o que ficou evidente ao argumentar o impacto do Programa Bolsa Família (PBF) sobre aspectos da saúde.

PMS (2018-2021). Destacam-se, ainda [...] o número e percentual de famílias cadastradas no Programa Bolsa Família [...]. Apesar de não ser um Programa da Saúde, optou-se por pontuar a interface do acompanhamento deste pela Atenção Primária de Saúde. Salienta-se que, com quase 15 anos de existência no país, o PBF tem como objetivo contribuir para a inclusão social de milhões de famílias brasileiras que convivem com a miséria e para alívio imediato de sua situação de pobreza e da fome. [...] (grifo nosso)

Outro trecho reforça este posicionamento gerencial, ao relacionar – no PMS – o acompanhamento de grupos sociais nos serviços de saúde ao desenvolvimento social, por meio do monitoramento de indicadores educacionais de classes sociais subalternas, com vistas oportunizar a superação da reprodução da pobreza.

PMS (2018-2021). Além disso, almeja estimular um melhor acompanhamento do atendimento do público-alvo pelos serviços de saúde e ajudar a superar indicadores educacionais negativos das crianças mais pobres: altos índices de evasão, repetência e defasagem idade-série. Pretende, assim, contribuir para a interrupção do ciclo intergeracional de reprodução da pobreza. Para sua implantação, foi necessária não só



a integração das políticas de educação, saúde e assistência social, mas também garantir a oferta dos serviços e o acesso da população beneficiária a eles. (Grifo nosso)

Esse trecho reitera a identificação de contradições na realidade, oportunizada pela dialética, como método que possibilita ganhos quantitativos ao longo do tempo, que se traduzam em mudança qualitativa da realidade (Perna & Nolasco, 2008).

No entanto, apesar do avanço, é importante ponderar a necessidade de ampliação dessas práticas de gestão local em saúde, visando identificar os grupos sociais vulneráveis, os quais têm menores oportunidades de subsistência e de autonomia para conduzir a vida.

A análise pormenorizada da realidade demanda dos gestores locais em saúde, competências específicas, como o uso da dialética, como método que possibilita a identificação de contradições, bem como das necessidades em saúde, a partir dos pressupostos da Saúde Coletiva – a qual entende que essas necessidades são socialmente determinadas e impostas pela inserção social das pessoas em grupos específicos (Nunes, 2015).

Conclusões

No município analisado, foi possível visualizar o quanto a dialética, como referencial metodológico, possibilita a compreensão das partes que compõem a totalidade da realidade, sendo possível perceber – a partir da comparação dos quadriênios dos PMS de 2010-2013, 2014-2017 e 2018-2021, retrocesso quantitativo entre o segundo quadriênio e o primeiro quadriênio, bem como avanço no conteúdo dos PMS de 2010-2013 a 2018-2021.

Apesar de ainda insuficiente, ao considerar os pressupostos da Saúde Coletiva para a identificação as necessidades em saúde e, conseqüentemente, planejamento das ações como resposta a estas necessidade, foi possível demonstrar a mudança na proposta de compreensão da realidade, ao considerar as características do território em que estão inseridas as pessoas, bem como o impacto da renda, escolaridade etc., sobre as condições de saúde de grupos sociais como necessidades heterogêneas no PMS de 2018-2021 em comparação ao do quadriênio de 2010-2013.

Portanto, a dialética permite, a partir da explicitação das polarizações presentes no cotidiano, visualizar a superação, por meio de mudanças quantitativas consecutivas,



bem como salto qualitativo, que se traduz em transformação da realidade de forma duradoura.

Diante disso, fica evidente que no município estudado, faz-se necessária a implantação de ações de fortalecimento da compreensão da determinação social do processo saúde-doença, inclusive, com adensamento e ampliação da implementação desta concepção do processo saúde-doença na prática cotidiana da gestão local em saúde, por meio da qualificação dos gestores locais, fortalecimento da descentralização, e reposicionamento do governo para assumir o SUS como política de proteção social potente para mitigar as desigualdades sociais.

Notas

¹ Enfermeira. Pós-doutoranda e Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora do Centro Universitário Senac – SP. São Paulo, SP, Brasil. abnascimento@usp.br

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

³ Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. Pesquisadora Produtividade Sênior do CNPq. emiyegry@usp.br (orientadora)

Referências bibliográficas

Coelho, Vera Schattan, Marcondes, Luís Marcelo, & Barbosa, Marina. (2019). "Accountability" e redução das desigualdades em saúde: a experiência de São Paulo. *Novos Estudos Cebap*, 38(2), 323-349. Epub september 05, 2019. <https://dx.doi.org/10.25091/s01013300201900020003>

Ferreira, Jéssica, Celuppi, Ianka Cristina, Baseggio, Lilian, Geremia, Daniela Savi, Madureira, Valéria Silvana Faganello, & Souza, Jeane Barros de. (2018). Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? *Saúde e Sociedade*, 27(1), 69-79. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170296>

<http://periodicos.uff.br/trabalhonecessario/article/view/4631>

Machado, Jorge Mesquita Huet, Martins, Wagner de Jesus, Souza, Maria do Socorro, Genner, André Luiz Dutra, Silveira, Missifany & Machado, Aletheia de Almeida. (2017). Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. *Com. Ciências Saúde*, 28(2), 243-249.



http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/territorio_%20saudaveis_%20sus_tentaveis.pdf

Nascimento, Alexandra Bulgarelli do, & Egry, Emiko Yoshikawa. (2017). Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades em saúde: estudo de quatro municípios brasileiros. *Saúde e Sociedade*, 26(4), 861-871. Epub December 18, 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170046>

Nascimento, Alexandra Bulgarelli. (2015). Análise da oferta e da demanda por serviços de saúde de um território sanitário como contribuição para a atenção e gestão em saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 4(2), 73-86. Julho/Dezembro, 2015. <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/162/170>

Nunes, Everardo Duarte. (2015). Juan César García: a medicina social como projeto e realização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 139-144. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014201.17312014>

Perna, Paulo de Oliveira, & Chaves, Maria Marta Nolasco. (2008). O materialismo histórico-dialético e a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva: a demarcação do `coletivo` para a ação da Enfermagem. *Revista Trabalho Necessário*, 6(6):1-28. <http://periodicos.uff.br/trabalhonecessario/article/view/4631>

Pinafo, Elisângela, Carvalho, Brígida Gimenez, & Nunes, Elisabete de Fátima Polo de Almeida. (2016). Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1511-1524. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.18942015>

Ribeiro, José Mendes, & Moreira, Marcelo Rasga. (2017). Desigualdades regionais, federalismo cooperativo e desafios do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1028. https://link.gale.com/apps/docs/A497177924/AONE?u=usp_br&sid=AONE