

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

AMANDA RODRIGUES GARCIA PALHONI

**TEORIA SOBRE ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES EM SAÚDE:
UM OLHAR SENSÍVEL PARA ALÉM DA DOENÇA**

Belo Horizonte
2018

AMANDA RODRIGUES GARCIA PALHONI

**TEORIA SOBRE ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES EM SAÚDE:
UM OLHAR SENSÍVEL PARA ALÉM DA DOENÇA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Cláudia Maria de Mattos Penna

Belo Horizonte
2018

P161t Palhoni, Amanda Rodrigues Garcia.
Teoria sobre atenção às necessidades em saúde
[manuscrito]: um olhar sensível para além da doença. / Amanda
Rodrigues Garcia Palhoni. -- Belo Horizonte: 2018.
103f.: il.
Orientador (a): Cláudia Maria de Mattos Penna.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Escola de Enfermagem.

1. Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde. 2. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Penna, Cláudia Maria de Mattos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: W 84.3

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

TERMO DE APROVAÇÃO

AMANDA RODRIGUES GARCIA PALHONI

TEORIA SOBRE ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES EM SAÚDE:
UM OLHAR SENSÍVEL PARA ALÉM DA DOENÇA

Tese aprovada como requisito parcial para a obtenção do grau de doutor no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais pela seguinte Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Cláudia Maria de Mattos Penna – Universidade Federal de Minas Gerais
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Rosane Gonçalves Nitschke – Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Dr^a. Sonia Marcon – Universidade Estadual de Maringá

Prof^a. Dr^a. Maria José Menezes Brito – Universidade Federal de Minas Gerais

Prof^a. Dr^a. Isabela Silva Cândia Veloso – Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte, 12 de dezembro de 2018.

Aos meus filhos Lorenzo e Lucca, fonte de inspiração e amor. Em vocês busquei apoio nos
momentos mais difíceis dessa caminhada.
Amo vocês meu tesouros!

AGRADECIMENTOS

A *Deus* pela minha vida, por permitir trilhar meus sonhos e preparar toda a trajetória. Sinto a sua presença, que me aponta sempre o melhor caminho a ser percorrido. Obrigada por cuidar de mim, da minha família e me conduzir na concretização deste sonho!

À professora e orientadora *Cláudia Penna*. Sem você o sonho de fazer mestrado e doutorado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais não seria possível. Desde a nossa primeira conversa, em 2009, você abriu as portas para minha inserção na pesquisa e, posteriormente, acreditou que seria capaz de prosseguir. Não foi fácil o desafio que me foi apresentado pela Teoria Fundamentada nos Dados, mas ele permitiu muito aprendizado e crescimento. Serei eternamente grata pela oportunidade, pela convivência, pelos conselhos e paciência. Haverá sempre em meu coração um espaço reservado a você!

Aos *usuários* que aceitaram participar desta pesquisa, permitindo-me partilhar de suas experiências.

Aos *professores* da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais pelo conhecimento. Ter vocês como mestre na minha caminhada, tornou-a mais ainda enriquecedora.

Às professoras *Maria José* e *Sônia Marcon* pelas contribuições oferecidas no exame de qualificação.

Aos *colegas de doutorado* pelo carinho e apoio. Vocês tornaram esta trajetória mais leve!

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (*PPGE*) da Universidade Federal de Minas Gerais e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (*CNPQ*) pela concessão da bolsa de estudos de Doutorado.

Ao professor *Evandro Queiroz* pelo apoio, atenção, ensinamentos e trocas de experiências.

Os momentos de discussão nesta caminhada, muitas vezes solitária, me trouxeram um conforto enorme.

Aos *amigos do NUPCCES*, principalmente a Elaine e Paty pela convivência, momentos de aprendizado e descontração.

Aos *outros amigos* que Deus colocou em minha vida e que permaneceram dando mais sentido a ela.

À *minha família e parentes*, principalmente meus pais e Adriano pelo amor, torcida, incentivo e compreensão e à *Isabel* pelo carinho e cuidado com Lorenzo e Lucca.

Muito Obrigada!

*Há um tempo em que é preciso
abandonar as roupas usadas
Que já tem a forma do nosso corpo
E esquecer os nossos caminhos
que nos levam sempre aos mesmos lugares
É o tempo da travessia
E se não ousarmos fazê-la
Teremos ficado para sempre
À margem de nós mesmos.*

Fernando Pessoa

RESUMO

A compreensão das necessidades em saúde dos usuários pelos profissionais é essencial para o alcance da integralidade do cuidado. Existem propostas políticas e o discurso profissional que orientam para a integralidade e práticas fundamentadas nos sujeitos. Entretanto, a realidade mostra que há ofertas de serviços seguindo o cardápio de ações estabelecidas em protocolos assistenciais, voltadas para atendimentos individuais e à doença, sem considerar as pessoas diretamente envolvidas no cuidado e o que se passa em seu cotidiano. A presente pesquisa sustenta que as necessidades em saúde dos usuários da Estratégia Saúde da Família relacionam-se ao cotidiano das pessoas e ao espaço onde elas vivem, indo além de questões orgânicas do corpo e que, os aspectos em função dos quais os valores do cuidado são construídos só podem ser compreendidos na sua relação com os seus contextos. Diante disso, questiona-se: Como as necessidades em saúde estão estabelecidas no cotidiano dos usuários atendidos na Estratégia Saúde da Família? Quais os motivos que os fazem buscar atendimento à saúde? Quais são as necessidades em saúde dessas pessoas que buscam os serviços de saúde? O que são necessidade em saúde para elas? Este estudo tem como objetivos compreender e construir a teorização sobre necessidades em saúde de usuários no cotidiano da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com referencial teórico no Interacionismo Simbólico e metodológico na Teoria Fundamentada nos Dados. Foram entrevistados 26 usuários, sendo mulheres e homens com e sem filhos, de uma Unidade Básica de Saúde do município de Nova Lima, Minas Gerais, no período de fevereiro de 2016 a julho de 2018. O número de participantes deu-se por meio da amostragem e saturação teórica. As entrevistas foram realizadas na Unidade Básica de Saúde e também no domicílio, sendo guiadas por um roteiro aberto. A análise dos dados seguiu as etapas propostas da Teoria Fundamentada nos Dados: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva e, desse processo de codificação, emergiram quatro conceitos: Concepções de Saúde, Demandas de Cuidados, Expectativas da Atenção à Saúde e “*A saúde poderia melhorar mais ainda*”. A categoria central que aflorou desse processo e que reuniu tais conceitos foi a *Atenção às Necessidades em Saúde: um olhar sensível para além da doença*. As necessidades em saúde estão fundamentadas nas concepções de saúde das pessoas, ligadas à ausência do que traz limitações à vida, ao bem estar, à qualidade de vida, ao autocuidado e ao estabelecimento de relações sociais e afetivas que; aliadas às demandas de cuidados, que envolvem questões orgânicas do corpo e a busca por atendimentos; indicam a assistência que vai além do tratamento de doenças e propicia a atenção à saúde baseada em relações de confiança, acolhimento, recebimento de informações e de respostas. Existe o reconhecimento dos

usuários do atendimento às suas necessidades em saúde, apesar de entenderem que pode haver melhoria nos serviços. Foram evidenciados subsídios que podem contribuir para reorientação da organização assistencial nos serviços e das práticas dos profissionais de saúde para o atendimento das necessidades em saúde.

Palavras-chave: Determinação de necessidades de cuidados de saúde. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Understanding the health needs of the users by professionals is essential to reach the integrality of care. There are political proposals and professional discourse that guide the integrality and practices based on the subjects. However, reality shows that there are offers of services following the menu of actions established in care protocols, aimed at individual care and illness, without considering the people directly involved in care and what goes on in their daily lives. The present research maintains that the health needs of the users of the Family Health Strategy are related to the daily life of the people and the space where they live, going beyond organic issues of the body and that the aspects according to which the values of care are built can only be understood in their relation to their contexts. In view of this, it is questioned: How are health needs established in the daily life of users served in the Family Health Strategy? What are the reasons why they seek health care? What are the health needs of these people who seek health services? What are health need for them? This study aims to understand and build the theorization about health needs of users in the daily life of the Family Health Strategy. It is a qualitative research, with theoretical reference in Symbolic and Methodological Interactionism in the Grounded Theory. Twenty-six users, women and men with and without children, were interviewed from a Basic Health Unit in the municipality of Nova Lima, Minas Gerais, from February 2016 to July 2018. The number of participants was given through sampling and theoretical saturation. The interviews were conducted at the Basic Health Unit and also at home, being guided by an open script. Data analysis followed the proposed stages of the Data Based Theory: open coding, axial coding and selective coding, and from this coding process, four concepts emerged: Health Concepts, Care Demands, Health Care Expectations and "*Health could improve even more*". The central category that emerged from this process and which brought together such concepts was the *Attention to Needs in Health: a sensitive look beyond the disease*. The health needs are based on the conceptions of health of the people, linked to the absence of what brings limitations to life, well being, quality of life, self-care and the establishment of social and affective relationships that; allied to the demands of care, which involve organic issues of the body and the search for care; indicate the assistance that goes beyond the treatment of diseases and provides health care based on relationships of trust, reception, receipt of information and responses. There is the recognition of the users of the service to their health needs, although they understand that there can be improvement in the services. It was evidenced subsidies that can contribute to reorientation of the assistance organization in the services and practices of the health professionals to meet the health needs.

Keywords: Needs Assessment. Needs and demands of health services. Primary Health Care.
Family Health Strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Relação entre Codificações e Amostragens	29
Figura 2	Concepções de Saúde e suas Propriedades	38
Figura 3	Constituição da Origem do Conceito Saúde	39
Figura 4	Demandas de Cuidados e suas Propriedades	47
Figura 5	Expectativas de Atenção à Saúde e suas Propriedades	53
Figura 6	A saúde poderia melhorar mais ainda e suas Propriedades	60
Figura 7	Organização do Sistema de Saúde no Atendimento de Demandas	66
Figura 8	Teoria da Atenção às Necessidades em Saúde: um olhar sensível para além da doença	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Mulheres com filhos	33
Quadro 2	Mulheres sem filhos	33
Quadro 3	Homens com filhos	33
Quadro 4	Homens sem filhos	33
Quadro 5	Quadro Comparativo: Taxonomia das Necessidades de Saúde e resultados desta pesquisa	77

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

IS – Interacionismo Simbólico

NUPCCES – Núcleo de Pesquisa Cotidiano, Cultura Enfermagem e Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

TFD – Teoria Fundamentada nos Dados

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

AS IDEIAS INCIPIENTES	13
1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	19
3 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	20
3.1 REFERENCIAL TEÓRICO: INTERACIONISMO SIMBÓLICO	21
3.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO: TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS	24
3.2.1 Tipos de codificação dos dados na TFD.....	26
3.2.2 Amostragem teórica na TFD	28
3.2.3 Uso de memorandos e diagramas	29
3.3 O PERCURSO METODOLÓGICO	31
3.3.1 Cenário da pesquisa.....	31
3.3.2 Participantes da pesquisa.....	31
3.3.3 A coleta de dados.....	34
3.3.4 A análise dos dados	35
3.3.5 Aspectos éticos-legais.....	35
4 TEORIZAÇÃO SOBRE ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES EM SAÚDE: UM OLHAR SENSÍVEL PARA ALÉM DA DOENÇA	36
4.1 APRESENTANDO A TEORIA SOBRE NECESSIDADES EM SAÚDE	69
5 DISCUSSÃO FUNDAMENTADA NA LITERATURA	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICES	92

AS IDEIAS INCIPIENTES

Apresento aqui minha trajetória profissional e acadêmica culminando no encontro com as necessidades em saúde, tema desta pesquisa. A saúde pública sempre me chamou a atenção desde o período de graduação, em 2001, principalmente a Atenção Primária à Saúde (APS), pois senti uma maior proximidade com o usuário e percebi que seria uma oportunidade para trabalhar com a promoção da saúde das pessoas, sem que me dedicasse somente ao tratamento de suas doenças. Foi nesse nível assistencial, que escolhi atuar como enfermeira e onde pude adquirir as primeiras experiências profissionais.

Percorrer as ruas da comunidade, lidar com o inesperado nas visitas domiciliares adaptando o cuidado às diferentes realidades, foi bastante desafiador e me estimulou na busca em ser uma profissional cada vez melhor. No espaço íntimo de cada família, deparei-me com situações que nem sempre encontrei respostas nos livros, como imaginei na graduação. Algumas inquietações me acompanharam nessa trajetória.

Além das visitas domiciliares, preparei as atividades educativas que foram feitas com os usuários e, nesses encontros, se tornou proveitoso ouvir os relatos das pessoas. Na autoapresentação, pedia que contassem alguma história de vida juntamente com fotos ou objetos relevantes trazidos de suas casas. Era um momento de relação mútua entre os participantes, em que nos conhecíamos, para depois discutirmos temas específicos. Havia, inicialmente, abertura ao diálogo, à escuta e à convivência e, acreditava assim, que aqueles encontros eram importantes para todos.

Essas vivências promoviam constante troca e, sempre propiciavam novos conhecimentos, reflexões e amadurecimento, que me “moldavam” no cotidiano da atuação profissional.

Com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Município de Nova Lima e de protocolos assistenciais, tive novas atribuições que precisei incorporá-las no planejamento assistencial. Diferente do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), que atuei inicialmente, naquele momento, existia uma equipe de saúde da família com enfermeiro, médico, técnicos de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), que passava a responsabilizar-se pela população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS). Precisávamos conhecer a fundo aquele território, procurar desenvolver um trabalho em equipe e, ao mesmo tempo, alcançar metas de produtividade.

Ao conhecer melhor o território, observei questões familiares e sociais que precisavam ser melhores compreendidas e, ao mesmo tempo, surgiram outros atendimentos

crescentes atrelados à produtividade exigida de acordo com os protocolos assistenciais implantados. Sendo assim, além de, como enfermeira, cuidar, precisei lidar com metas de produção.

Busquei um cuidar fundamentado nos protocolos, porém aliado às minhas concepções, adquiridas e modificadas ao longo da vida e da trajetória profissional, considerando o que acreditava ser importante para a saúde daquelas pessoas que esperavam ser atendidas.

Porém, em um momento dessa trajetória, quando a demanda por atendimento começa a aumentar e os meus questionamentos passam a se avolumar, começo a questionar: o que as pessoas buscam nesta UBS? Em quais aspectos elas precisam ser atendidas? O que é importante para a saúde delas?

Para auxiliar nas respostas, ingressei no Núcleo de Pesquisa Cotidiano, Cultura Enfermagem e Saúde (NUPCCES), quando seus integrantes iniciavam discussões sobre necessidades de saúde, tema advindo de estudos anteriores sob a responsabilidade de minha orientadora e que, posteriormente, culminou na construção de um projeto de pesquisa.

Tanto a minha trajetória profissional quanto as discussões no NUPCCES sobre necessidades de saúde, despertaram o desejo de compreendê-las em sua profundidade e na perspectiva de usuários. Isso me motivou a dar continuidade à formação acadêmica, resultando no presente estudo sobre as necessidades em saúde.

1 INTRODUÇÃO

A presente tese buscou desenvolver a teorização sobre necessidades em saúde de usuários no cotidiano da Estratégia Saúde da Família (ESF), com vistas a contribuir para o cuidado em saúde e fomentar discussões com teorias existentes. Para isso optou-se pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), por se tratar de uma metodologia que permite compreender o significado que determinado fenômeno tem para as pessoas em uma realidade e construir uma teoria baseada em dados empíricos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Trata-se de um subprojeto da pesquisa sobre necessidades de saúde no cotidiano do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), na concepção de profissionais e usuários, desenvolvida por integrantes do Núcleo de Pesquisa Cotidiano, Cultura Enfermagem e Saúde (NUPCCES), o qual participo, sob coordenação da minha orientadora.

A ideia de adotar as necessidades em saúde como objeto deste estudo, surgiu tanto de discussões no NUPCCES, quanto de inquietações profissionais e pessoais. Como enfermeira e docente do ensino clínico na ESF, pude observar que o que era oferecido nesses serviços, por profissionais médicos e enfermeiros, reduzia-se a um cardápio de ações para atender o que estava especificado em protocolos assistenciais e que, as necessidades das pessoas poderiam ser de outras dimensões, não indicados por eles que, geralmente, voltavam a agravos à saúde e a grupos específicos, como de crianças, gestantes e idosos.

Pesquisas realizadas por integrantes do NUPCCES, no cotidiano de trabalhadores da APS, principalmente da ESF, nos últimos quinze anos, mostraram resultados coincidentes entre si, podendo constatar a existência de discurso dos profissionais que revela o reconhecimento da importância do atendimento das necessidades de saúde e do acolhimento da população para a integralidade do cuidado; entretanto, o fazer cotidiano mostra que ainda predomina a oferta de ações voltadas para a doença e para o atendimento de demandas espontâneas (SANTOS; PENNA, 2013; PENNA; FARIA; REZENDE, 2014; SANTOS, PENNA, 2015; VIEGAS, PENNA, 2015).

Cabe destacar que nas discussões no NUPCCES e na fase inicial deste estudo, se falava em necessidades DE saúde, por ser o termo usualmente empregado na área da saúde, tanto por profissionais quanto em grande parte da literatura disponível, assim como nas políticas públicas. Entretanto, por meio de reflexões no decorrer desta pesquisa, quando os resultados começaram a se delinear e os pensamentos se tornaram mais sensíveis, passou-se a notar que o que se falava era de necessidade EM saúde e não necessidades DE saúde.

As necessidades relatadas vêm de experiências de vida das pessoas, do que é compartilhado socialmente, referindo-se à relação entre o que se busca nos serviços de saúde, ao que se espera da atenção à saúde e, ao que é necessário para ser saudável. Daí optou-se pela expressão necessidades EM saúde, por se acreditar que represente melhor as relações apresentadas entre as necessidades dos usuários, enquanto a expressão necessidades DE saúde parece trazer uma ideia mais diretiva para o atendimento DE questões pontuais.

Dessa forma, a expressão necessidades EM saúde será utilizada nesse estudo por ser, para nós, a que melhor se adéqua à teorização apresentada **Atenção às Necessidades em Saúde: um olhar sensível para além da doença**, e capaz de representar a essência da pesquisa.

O termo “necessidades de saúde” não é recente e, nas políticas públicas, aparece inicialmente na Declaração de Alma-Ata da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em 1978. No contexto desse relatório, segundo Giovanella e Mendonça (2012), as necessidades de saúde ganharam visibilidade face à preocupação com custos elevados e de uso crescente de novas tecnologias na assistência médica, sem avaliação quanto à adequação de seus benefícios para a população.

No Brasil, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o estabelecimento de políticas públicas para consolidá-lo, o uso do termo tornou-se frequente. O termo faz parte do Pacto pela Saúde de 2006, da Política Nacional de Humanização, da Política Nacional de Atenção Básica, da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e, mais recentemente, das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e, mesmo sem definir necessidades de saúde, apontam para a atenção que deve ser dada a elas pelos profissionais.

As RAS, que fazem parte de diversos debates na atualidade, possuem uma definição muito conhecida, na literatura internacional, de um grupo pioneiro de sistemas organizados de prestação de serviços de saúde nos Estados Unidos. Tal definição caracteriza essas redes pela presença de vários atributos, entre eles, o foco nas necessidades de saúde da população (MENDES, 2015). Nas RAS, a APS deve se organizar em função de tais necessidades, articulada aos demais níveis de atenção.

A ESF, hoje é reconhecida como uma estratégia prioritária para a expansão e consolidação da APS no país. Na UBS junto à comunidade, onde se insere as equipes de Saúde da Família, constitui um espaço propício para o reconhecimento das necessidades de saúde, pois se trabalha em território definido, procura estabelecer vínculos, prestar atenção integral e contínua e tem como propósito ações de promoção da saúde (BRASIL, 2011; SANTOS, MISHIMA, MERHY, 2018).

Mesmo que a atuação profissional na ESF favoreça a atenção às necessidades de saúde, o trabalho na APS é norteado por políticas que orientam a realização de atividades para grupos específicos como: criança, adulto, mulher e idoso, o que contribui para a fragmentação das ações no cotidiano desses serviços (OLIVEIRA, 2012; PESSOA et al., 2013; SOUZA; BOTAZZO, 2013; MAGALHÃES et al., 2016).

Pessoa et al. (2013) reconhecem a insuficiência do modelo organizacional voltado para grupos específicos, indicando que a focalização das ações contribui para que os profissionais não incorporem em suas práticas cotidianas as dimensões do trabalho e do ambiente, embasada na compreensão ampliada de saúde e de território. Acredita-se que a formulação desses programas assistenciais prima pelo rigor técnico das ações, deixando de lado questões subjetivas daqueles que estão diretamente implicados. São pensados como ideais pelos técnicos e nem sempre correspondem às necessidades da população (SOUZA; BOTAZZO, 2013).

Estudo realizado em quatro estados brasileiros, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e São Paulo, mostra que nos diversos serviços de saúde pesquisados, a maioria deles na APS, valoriza a assistência médica; as consultas individuais e rápidas e os profissionais estão mais preocupados em oferecer uma resposta pronta, reduzindo o seu raciocínio e tomando decisões voltadas para condutas já conhecidas e centradas na terapêutica de patologias; nessas consultas ocorrem também muitos encaminhamentos, pedidos de exames e, quase sempre, há indicação de remédios (SCHRAIBER et al., 2010).

A realidade mostra, pois, que os profissionais de saúde realizam suas práticas seguindo um cardápio de ações estabelecidas em protocolos, sendo elas voltadas para atendimentos individuais à doença, o que leva a acreditar que não se considera as necessidades das pessoas diretamente envolvidas no cuidado. Segundo Arruda, Corrêa e Marcon (2018), as necessidades de saúde dos usuários podem divergir das reconhecidas por profissionais, que costumam focalizar em demandas biológicas.

Diante disso, **questiona-se:** Como as necessidades em saúde são estabelecidas no cotidiano dos usuários atendidos na ESF? Quais os motivos que levam os usuários buscar atendimento à saúde? Quais são as necessidades em saúde dessas pessoas que buscam os serviços de saúde? O que os usuários entendem por “necessidade em saúde”?

Sustenta-se neste estudo, que as necessidades em saúde dos usuários da ESF relacionam-se com o que se passa no cotidiano das pessoas, com o espaço onde vivem indo além de questões orgânicas. Tem-se como outro pressuposto que os aspectos em função dos quais os valores do cuidado são construídos só podem ser compreendidos na sua relação com

os seus contextos, suas mediações simbólicas, culturais, políticas, morais, econômicas e ambientais (AYRES, 2004).

A compreensão das necessidades em saúde vai ao encontro da perspectiva de uma atenção em saúde fundamentada na integralidade, na resolução de problemas das pessoas de acordo com as necessidades apresentadas (CECÍLIO, 2001; EGRY, 2008; GOMES, 2007; OLIVEIRA, 2012; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013; VIEGAS, PENNA, 2015; SANTOS, MISHIMA, MERHY, 2018).

A **relevância deste estudo** está em fomentar discussões para a construção do conhecimento científico nesse campo de saber e promover subsídios para reorientação da organização assistencial nos serviços e das práticas dos profissionais de saúde mais contextualizadas à realidade dos indivíduos e adequadas ao atendimento das suas necessidades.

Defende-se a **tese** que concepções de necessidades em saúde dos usuários no cotidiano da ESF, são construídas baseadas em suas experiências ao longo da vida e mantêm uma relação com a atenção à saúde recebida nos serviços, podendo apontar caminhos para um planejamento e reorganização das ações em saúde para além de uma abordagem focada somente na doença.

2 OBJETIVOS

Compreender as necessidades em saúde de usuários no cotidiano da Estratégia Saúde da Família.

Construir a teorização sobre necessidades em saúde de usuários no cotidiano da Estratégia Saúde da Família.

3 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

O caminho não é uma linha reta, é uma espiral. Você continuamente volta a coisas que pensou que entendeu e vê verdades mais profundas.
(Barry H. Gillespie)

Para realização deste estudo, optou-se pela pesquisa qualitativa, com abordagem metodológica na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e teórica no Interacionismo Simbólico (IS). Considera-se que essas duas abordagens são adequadas para responder aos questionamentos desta pesquisa, uma vez que permitem compreender o universo de significados de necessidades em saúde na perspectiva de usuários da ESF e construir a teorização.

A pesquisa qualitativa é aquela que produz resultados não alcançados por meio de procedimentos estatísticos ou outros meios de quantificação (STRAUSS, CORBIN; 2008). De modo geral, ela possui as seguintes características, segundo Pires (2010): flexibilidade de adaptação durante seu desenvolvimento, inclusive no que se refere à construção do próprio objeto da investigação; capacidade de se ocupar de objetos complexos; capacidade de englobar dados heterogêneos; capacidade de descrever em profundidade aspectos importantes da vida social e, por último, abertura para o mundo empírico.

A pesquisa qualitativa implica entender os sentidos e significações que uma pessoa dá a determinado fenômeno, podendo ser desenvolvida por meio de técnicas de observação ampla e entrevistas em profundidade (TURATO, 2003), o que pode propiciar o conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando a compreensão de comportamentos.

A articulação teórico-metodológica adotada nesta pesquisa é historicamente fortalecida considerando que a TFD, desde seu advento, fundamenta-se no IS (SILVA; LEITE; STIPP, 2011). Além disso, compartilham a visão de uma realidade social em constante mutação, entendida como o produto de contínuas trocas negociáveis, simbólicas e intencionais entre as pessoas (TAROZZI, 2011).

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO: INTERACIONISMO SIMBÓLICO

O Interacionismo Simbólico apresenta vertentes distintas oriundas de fontes de vários autores (CASAGRANDE, 2016). No entanto, uma das principais influências origina-se da Escola de Chicago, em figuras como John Dewey e George Herbert Mead, que defendem a ideia de que a mente é fruto de uma relação do indivíduo com a situação, que realiza por meio de uma dimensão de símbolos (QUEIRÓZ, 2015).

A designação “Interacionismo Simbólico” foi cunhada por Herbert Blumer, baseada em preceitos teóricos já existentes na Psicologia Social e do pragmatismo de Dewey e Mead (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A Psicologia Social que é um campo que busca retratar a ação do ser humano na relação com o mundo, influenciou o IS especialmente em uma de suas visões de vida em grupo humano, em que a cultura é composta de *símbolos comuns* que são mutuamente compartilhados e possuídos por membros do grupo (BLUMER; 1937). Segundo Queiroz (2015), do pragmatismo veio as ideias interacionistas de que os indivíduos procuram interpretar o meio em que vivem e, que os objetos desse ambiente, somente são percebidos e têm significado de acordo com a sua utilidade na situação vivenciada.

Blumer escreveu os pressupostos básicos da abordagem interacionista por meio das ideias de Mead e teve a preocupação em criar uma metodologia, uma vez que os manuscritos de Mead não possuíam uma sistemática teórica (LOPES, JORGE, 2005).

As três premissas básicas que fundamentam o IS, estabelecidas por Blumer (1969), são:

- a) As pessoas agem em relação às coisas, de acordo com o significado que essas coisas têm para elas;
- b) Esses significados são derivados da interação social que cada um estabelece com os outros;
- c) Os significados são manuseados e modificados por meio de um processo interpretativo, utilizado pela pessoa ao se relacionar com elementos que entra em contato.

Segundo Blumer (1980), a primeira premissa, de que o homem se relaciona com o mundo de acordo com o seu significado, é muito simples para explicar o interacionismo, sendo a segunda premissa, que é referente à fonte do significado, que é produzido a partir do processo de interação humana, é a que o caracteriza. Já a terceira premissa, o distingue de maneira mais incisiva de outras atitudes adotadas pelas ciências sociais e psicologia, pois o

significado, constituído no processo de interação, é originado pelo indivíduo nesse mesmo processo onde sua interpretação envolve um processo social interiorizado, no qual o indivíduo interage com ele.

Nesse aspecto, o significado atribuído pelos indivíduos às coisas que os cercam e interagem, ganha uma dimensão importante, sobretudo para se compreender o comportamento humano e a vida em sociedade. Então, os usuários, como no caso desse estudo, atribuem significados às necessidades em saúde, fruto de suas vivências em sociedade e de um processo de interpretação, que irão formar suas ações.

Assim, pode-se dizer que o IS constitui uma perspectiva teórica que possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem e como tal processo de interpretação conduz o comportamento individual (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

Os conceitos centrais dessa abordagem são: os símbolos, a linguagem, a interação social, self, mente e sociedade e, segundo Dupas, Oliveira e Costa (1997), baseado nas obras de Mead, Blumer e Charon, os definem da seguinte forma:

- a) Os **símbolos** são objetos sociais usados para pensar, comunicar e representar, podendo ser objetos físicos, ações humanas ou palavras. Eles são desenvolvidos socialmente por meio da interação social e só são simbólicos quando há atribuição de um significado;
- b) A **linguagem** é um tipo especial de símbolo e por meio dela o ser humano se integra à sociedade de forma interativa criando interdependência entre homem e sociedade;
- c) A **interação social** é construída por meio da ação social. A ação é entendida como social, quando nossas ações são guiadas pelo que os outros fazem na situação.
- d) O **self** constitui um processo social no interior do indivíduo e, à medida que indivíduos interagem com os outros, ele é definido, redefinido e muda constantemente;
- e) A **mente** é a interação simbólica com o self e é concebida como um processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo próprio usando símbolos;
- f) A **sociedade** integra todos os conceitos anteriores do IS e auxilia a entender a natureza do ser humano.

Segundo Queiróz (2015), o **símbolo** é a interpretação que cada um tem daquilo que vê e, é por meio dele que se constrói os significados e conceitos e que se reage frente à realidade; a **mente** é a ação de pensar, sendo intencional, e acontece a todo o tempo quando estamos acordados, fazendo-nos tomar decisões e optar por caminhos distintos diante de uma

situação. Ela é dependente de símbolos e serve como ação para o *self*. A sociedade resulta da interação social, sendo construída do contato entre o *self* e o outro.

No Interacionismo Simbólico, o ser humano é visto como um sujeito atuante, que reflete sobre suas ações e não simplesmente responde mecanicamente a estímulos, sendo construído por meio da interação (BLUMER; 1980; CHARMAZ; 2009).

No que diz respeito ao campo de saber da enfermagem, ela tem uma aproximação com a teoria interacionista, uma vez que tem como perspectiva a compreensão de aspectos subjetivos das pessoas. A aplicação da abordagem na pesquisa nessa área busca ampliar conhecimentos na construção de ações e estratégias voltadas para um relacionamento interativo e humanizado entre as pessoas (LOPES; JORGE, 2005).

Diante do exposto, entende-se que o referencial teórico adotado, além de ampliar a visão sobre a vida social, permite compreender os significados atribuídos a necessidades em saúde privilegiando as perspectivas dos sujeitos, por meio de um olhar refinado e sensível. O referencial também pode ser considerado adequado, por acreditar que as pessoas interagem em seu cotidiano, atribuindo novos significados e construindo símbolos que são compartilhados em suas relações.

3.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO: TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

A primeira formulação da Teoria Fundamentada nos Dados foi estabelecida em 1967 por Glaser e Strauss no livro *The Discovery of Grounded Theory*. Os autores a descrevem como um método de análise comparativa, constituído por um conjunto de procedimentos capaz de gerar sistematicamente uma teoria fundamentada nos dados (CHARMAZ, 2009; TAROZZI, 2011).

Glaser e Strauss, sociólogos americanos, vieram de tradição filosófica e de abordagens de pesquisas diferentes. Strauss, da Escola de Chicago, teve uma forte tradição em pesquisa qualitativa e foi influenciado por textos interacionistas e pragmáticos e Glaser, da escola da Columbia University de Nova York, com tradição na pesquisa quantitativa (STRAUSS; CORBIN, 2008; TAROZZI, 2011).

Glaser imbuíu a TFD de empirismo controlado e de rigorosos métodos codificados, já Strauss acrescentou as noções da atividade humana, das significações sociais e subjetivas (CHARMAZ, 2009). Segundo Strauss e Corbin (2008), as contribuições da formação de Strauss para o desenvolvimento do método foram: a necessidade de sair do campo para saber o que realmente estava acontecendo; relevância de se construir uma teoria, baseada em dados, para o desenvolvimento de uma disciplina e como base para a ação social; a complexidade e a variabilidade dos fenômenos e das ações humanas; a crença de que as pessoas assumem um papel ativo para responderem a situações problemáticas; a percepção de que as pessoas agem baseadas em significados; o entendimento de que o significado é definido e redefinido por meio da interação social e, por fim, a sensibilidade para a natureza evolutiva e reveladora dos fatos.

Porém, depois de um tempo da formulação da TFD, houve uma ruptura entre Glaser e Strauss, mais especificamente quando publicado o livro *Basics of Qualitative Research* de Strauss e Corbin, resultando na origem de duas abordagens metodológicas distintas (TAROZZI, 2011). Optamos por seguir, neste estudo, a vertente de Strauss e Corbin (2008) que reflete a técnica de Strauss para fazer pesquisa, com forte tradição em pesquisa qualitativa e inspiração interacionista, sendo a vertente que melhor coaduna com o IS e com a Pesquisa Qualitativa Social.

A proposta da TFD é a construção de uma teoria que deriva dos dados sistematicamente reunidos e analisados por meio de processo de pesquisa e sua utilização é adequada quando existe a pretensão em compreender a realidade, as atitudes dos seres

humanos, os significados atribuídos às situações, interações e experiências vivenciadas nos aspectos subjetivos do seu cotidiano (BAGGIO; ERDMANN, 2011).

Ela é utilizada quando se pretende estudar fenômenos complexos, pouco explorados e tem por finalidade fazer emergir os processos sociais e psicológicos de base que subjazem aos fenômenos observados (TAROZZI, 2011). Segundo Strauss e Corbin (2008), por serem baseadas nos dados, tendem a oferecer mais discernimento, melhorar o entendimento e fornecer um guia para ação. Dessa forma, acredita-se que esse método seja pertinente para o presente estudo.

É necessário, para o pesquisador desenvolver a TFD, um equilíbrio entre a objetividade e a sensibilidade. A objetividade para se chegar a uma interpretação imparcial e acurada dos fatos e, a sensibilidade, indispensável para se perceber nuances sutis, os significados dos dados e para reconhecer as conexões entre conceitos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Outra característica peculiar da TFD é que ela, inicialmente, não considera os pressupostos teóricos preexistentes; a revisão de literatura acontece após a análise dos dados, pois para Glaser e Strauss esse adiamento tem como objetivo evitar que pesquisadores percebam o mundo pela lente das ideias já existentes (CHARMAZ, 2009). Tarozzi (2011) corrobora com a ideia e expõe que a leitura preliminar poderia inibir a formulação de categorias originais fundadas na experiência.

A TFD enfatiza a íntima relação entre pesquisa teórica e empírica, une teoria e realidade empírica e tem um marcante valor prático-operativo (TAROZZI, 2011). Mas cabe ressaltar que, o estudo de revisão integrativa sobre a TFD mostrou que, o método é complexo e que exige do pesquisador dedicação e tempo, uma imersão real nos dados (GOMES et al., 2015).

Em relação à análise dos dados na TFD ela não é um processo estruturado e rígido, pelo contrário, é livre e criativo, em que o pesquisador deve adotar uma postura flexível, menos pré-planejada e menos controlada, deixando os dados falarem com ele (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A análise é simultânea à coleta, ou seja, após cada entrevista, o pesquisador deve analisar os dados e depois retornar ao campo de pesquisa e, assim, sucessivamente. Esse retorno, após cada análise, permite ao pesquisador coletar novos dados e aprimorar o esquema teórico emergente (CHARMAZ; 2009).

Segundo Strauss e Corbin (2008), dois procedimentos essenciais na TFD a serem desenvolvidos no decorrer da análise são: fazer comparações e formular perguntas. Na

comparação é possível perceber as especificidades e definir o fenômeno mais precisamente. Na formulação de perguntas, pode-se estimular reflexões que se aprimoram.

Segundo Gomes et al. (2015) a análise é um ponto crucial do processo de construção da TFD. De modo geral, ela passa pelas fases de descrição, de ordenamento conceitual, com a consequente construção da teoria em sua fase final (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996, STRAUSS, CORBIN; 2008).

A descrição envolve análise e identificação do significado dos dados. O ordenamento conceitual é elemento analítico precursor da teorização e constitui na organização dos dados segundo suas propriedades e dimensões. A teorização vai além de um conjunto de resultados, propicia explicação sobre fenômenos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os dados foram analisados seguindo as etapas propostas e se dividem em: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva, que serão detalhadas a seguir.

3.2.1 Tipos de codificação dos dados na TFD

A codificação faz parte do processo analítico dos dados e se divide em três tipos, a saber:

a) Codificação Aberta:

A codificação aberta constitui a etapa inicial do processo analítico, de leitura sistemática das entrevistas em que se busca gerar categorias. Ela é denominada aberta, pois se deve abrir o texto e expor pensamentos, ideias e significados para revelar, nomear e desenvolver conceitos. Conceituar é o primeiro passo na construção da teoria em que nomear o fenômeno permite ao pesquisador agrupar fatos, acontecimentos e objetos similares.

Dessa forma, quando estabelecidos os conceitos, eles são comparados para buscar suas similaridades e diferenças e agrupados em categorias, que serão desenvolvidas em propriedades e dimensões. As propriedades seriam a delimitação do que define e dá significado à categoria e, já as dimensões, especificam e proporcionam variação à categoria (STRAUSS; CORBIN, 2008).

As categorias são conceitos que representam os fenômenos. Já os fenômenos constituem ideias analíticas e representam problemas, questões, preocupações e assuntos que são importantes para aquilo que está sendo estudado. Eles têm a capacidade de compreensão do que está acontecendo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Um aspecto a ser destacado é que a categorização acontece conforme a percepção dos participantes da pesquisa, elas são descobertas nos dados, assim, a sua nomeação também exige permanecer fieis à intencionalidade de quem fala e não na perspectiva do pesquisador (CHARMAZ, 2009; TAROZZI, 2011).

Uma fonte de nomeação dos dados ou categorias são os “códigos *in vivo*” que expressam uma ideia da forma como foi dita pelo participante (STRAUSS, CORBIN, 2008; TAROZZI, 2011). Para Charmaz (2009), eles ajudam a conservar os significados dos participantes relativos as suas atitudes e opiniões na codificação.

Na codificação aberta os dados são separados e eles serão reagrupados nas etapas seguintes, na codificação axial e seletiva.

b) Codificação Axial

A codificação axial, segundo Strauss e Corbin (2008), é o processo de desenvolver sistematicamente as categorias, mostrando como relacionam entre si e entre suas subcategorias, para que se possam gerar compreensões mais precisas e completas sobre os fenômenos. Seu objetivo é começar o processo de reagrupamento dos dados divididos na codificação aberta.

As subcategorias respondem questões sobre o fenômeno do tipo “quando”, “onde”, “por que” e “como” ele tende a acontecer, ajudando a contextualizá-lo. Para os autores citados, esses questionamentos ajudam os pesquisadores a enxergarem além das formas padronizadas de explicação dos fenômenos, sendo úteis para gerar ideias ou formas de olhar para os dados.

c) Codificação Seletiva

A codificação seletiva é o processo de integrar e refinar a teoria. Na integração, as categorias devem ser organizadas em torno da categoria central que, por sua vez, representa o tema principal da pesquisa, capaz de reunir outras categorias para formar um todo explanatório. A categoria central constitui o produto de toda a análise condensado em poucas palavras. O refinamento da teoria envolve rever o esquema em busca de consistência interna e completar categorias mal desenvolvidas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A análise dos dados, apesar de ser realizada em três etapas, como citado anteriormente, não segue uma sequência linear em que você precisa terminar uma etapa e passar à próxima. Elas acontecem de forma concomitante, pois o pesquisador tem a liberdade de ir e vir entre as codificações de acordo com as ideias, conceitos ou fenômenos

apresentados em cada entrevista. Assim, se o pesquisador estiver agrupando os temas em categorias e subcategorias na codificação axial, com conceitos preliminares estabelecidos e, em uma nova entrevista, for realizada uma codificação aberta e um novo tema se apresentar e ele for reafirmado em entrevistas subsequentes, pode-se, então, criar novos conceitos.

A teoria que aflora desse processo pode ser classificada em formal ou substantiva. A teoria formal é aquela que abrange várias áreas de conhecimento, podendo ser aplicada em um âmbito mais amplo. A teoria substantiva permite uma explicação teórica de um problema delimitado em uma área específica, de uma determinada realidade ou contexto (CHARMAZ; 2009).

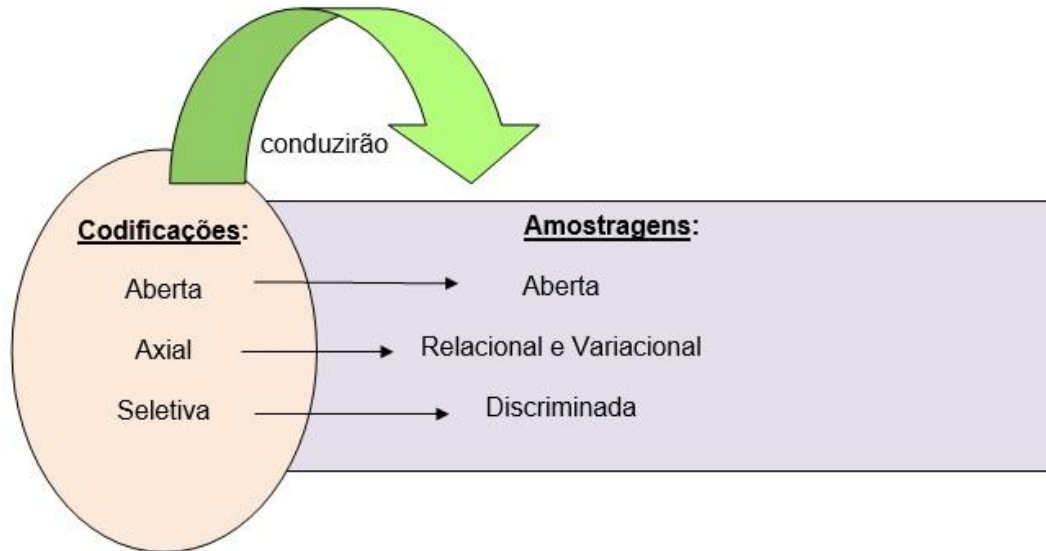
3.2.2 Amostragem teórica na TFD

A amostragem teórica é a amostragem que se desenvolve durante a pesquisa, não havendo uma definição *a priori* dos participantes. Ela constitui um processo intencional de seleção dos sujeitos (GOMES et al., 2015). Segundo Charmaz (2006), o pesquisador a conduz quando utiliza a amostra para desenvolver as propriedades das categorias.

Assim, a amostragem teórica tem como objetivo maximizar para o pesquisador as oportunidades de descobrir variações entre conceitos e tornar densas as categorias em suas propriedades e dimensões (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Segundo os autores supracitados, para cada codificação há uma amostragem específica: na codificação aberta têm-se a amostragem aberta; na codificação axial têm-se a amostragem relacional e variacional e, na codificação seletiva ocorre a amostragem discriminada, conforme figura 1.

FIGURA 1 - RELAÇÃO ENTRE CODIFICAÇÕES E AMOSTRAGENS



Fonte: Memorando de Referencial Teórico (2015-2018).

*Baseado em Strauss e Corbin (2008).

A amostragem aberta contém informantes que são selecionados para ampliar as possibilidades de descobertas sobre o fenômeno. Na relacional e variacional, visa amostrar incidentes que permitam identificar variações significativas. Na discriminada, o pesquisador escolhe pessoas e locais que vão maximizar as oportunidades de fazer análise comparativa (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A amostragem teórica é definida quando se percebe a saturação dos dados, que acontece quando não se encontra novas propriedades da categoria ou desperte novas intuições teóricas (TAROZZI, 2011).

3.2.3 Uso de memorandos e Diagramas

Com base na análise, é utilizada a técnica de registro escrito, como os memorandos, registro visual e os diagramas. As anotações teóricas e reflexivas do autor da análise, o percurso desenvolvido e as direções a serem tomadas são registrados nos memorandos.

Eles são de grande relevância para a pesquisa, acompanham todo o processo de construção da teoria e têm como especificidade serem espaços de análise, nos quais se relata

as articulações-chave da pesquisa, das passagens críticas, das perguntas que se fazem aos dados e às categorias (TAROZZI, 2011).

Segundo Charmaz (2009), os memorandos induzem à escolha de participantes, uma vez que sinalizam as categorias incompletas e as lacunas na análise. Eles podem ser construídos em formatos diversos, como separados por notas de codificações, notas teóricas e notas operacionais, ou notas únicas contendo essas informações.

As notas de codificação são elaboradas durante o processo e apontam as possíveis categorias com suas propriedades e dimensões; as notas teóricas são descritas a partir das codificações e contém ideias e considerações do pesquisador para novas reflexões sobre o fenômeno que requerem esclarecimentos e refinamentos e, geralmente resultam em notas operacionais, que se relacionam aos passos seguintes na coleta de dados, novas perguntas em entrevistas subsequentes e lembretes (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Já os diagramas são representações gráficas dos conceitos que são relacionados entre si a fim de construir a teorização. Eles mostram as relações entre os conceitos, são úteis para a integração dos dados e facilitam sua reflexão. Para os autores supracitados, à medida que a pesquisa progride, os memorandos e diagramas evoluem, crescem em complexidade, densidade, clareza e acuidade.

3.3 O PERCURSO METODOLÓGICO

A proposta desta pesquisa foi compreender e construir a teorização sobre necessidades em saúde de usuários de uma UBS de um município.

3.3.1 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no município de Nova Lima, cuja história teve início no século XVII com a chegada de Domingos Rodrigues da Fonseca Leme, bandeirante paulista, em busca de ouro na região. Inicialmente, a cidade foi denominada Campos de Congonhas, passando a se chamar Congonhas das Minas de Ouro com a expansão do ouro e a chegada dos mineiros para trabalhar e, posteriormente, recebeu o nome de Congonhas de Sabará, uma vez que se tornou distrito subordinado de Sabará. Em 1893, foi denominada Villa Nova de Lima e em 1923 tornou-se Nova Lima (PMNL, 2018).

Durante muitos anos, Nova Lima viveu da produção de ouro e sob influência dos imigrantes ingleses. Hoje, constitui um cenário de roteiros turísticos, gastronômico e cultural.

Apesar de apresentar características interioranas, está localizada na região metropolitana de Minas Gerais a aproximadamente 22 km da Capital Belo Horizonte. O município ocupa uma área de 429,004 km² e, de acordo com os dados do IBGE (2016) e a população estimada em 2016 é de 91.069 habitantes, com ocupação predominantemente urbana e um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 de 0,813.

A rede pública possui dezenove Unidades Básicas de Saúde (UBSs); uma Policlínica, onde são realizadas consultas especializadas, exames e pequenos procedimentos cirúrgicos; uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de atenção às urgências e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). No município, há um hospital microrregional que atende, além da população de Nova Lima, a de Raposos e de Rio Acima. O hospital destina 85% dos leitos aos pacientes do SUS.

O cenário da pesquisa foi uma UBS do município de Nova Lima, situada na região central do município. A opção pela escolha se justifica por ser a pioneira na implantação da ESF no município no ano de 2006. Desde então, a unidade conta com duas equipes de saúde da família. Ressalta-se que na UBS, a pesquisadora atuou como enfermeira desde a implantação da ESF até 2009 e foi também onde desenvolveu a sua pesquisa de mestrado.

3.3.2 Participantes da pesquisa

Os participantes foram homens e mulheres, com idade superior a 18 anos, e utilizou-se como critérios de inclusão para a composição da amostragem serem residentes no município de Nova Lima e inscritos em qualquer UBS que possua a ESF, independente do tempo de utilização do serviço.

Na TFD o número de participantes e grupos amostrais se configura por meio da análise dos dados. Desta forma, participaram da pesquisa: 26 pessoas, sendo dez mulheres com filhos (quadro 1), cinco mulheres sem filhos (quadro 2) e sete homens com filhos (quadro 3) e quatro homens sem filhos. A escolha dessa amostragem, dividida entre os sexos e ter ou não filhos, justifica-se já que os dados mostraram, inicialmente, algumas necessidades de pessoas com filhos que poderiam ou não ser específicas desse grupo. Com isso, surgiram lacunas na categoria ainda em construção, que fez com que o pesquisador variasse a amostra nesse sentido (mulheres e homens com e sem filhos) para compreender se o fenômeno acontecia com outros sujeitos.

Delineou-se uma amostragem com maioria de participantes casados, com filhos, escolaridade de ensino médio completo, os quais informaram não possuir problemas crônicos de saúde (somente seis relataram problemas, sendo o mais prevalente a hipertensão arterial sistêmica) e utilizar mais o serviço público de saúde do que o privado em um período superior a cinco anos, conforme o Apêndice A.

O perfil dos participantes se fez por meio de perguntas realizadas previamente à entrevista, que correspondiam a questões relativas à idade, sexo, estado civil, número de filhos, escolaridade, se possuía problemas crônicos de saúde e se estava fazendo algum tratamento, como era a utilização dos serviços de saúde quanto à frequência, o tempo e se era no serviço público e/ou privado.

Os quadros 1, 2, 3 e 4 apresentam os perfis dos entrevistados separados por sexo e presença ou não de filhos:

QUADRO 1 - MULHERES COM FILHOS

Total de participantes	Códigos de Entrevista	Idade em anos
10	E01-E09, E11	26, 28, 33, 34 (2 entrevistadas), 36, 41, 54 e 64 (2 entrevistadas).

Fonte: Elaborado pela autora (2015-2018).

QUADRO 2 - MULHERES SEM FILHOS

Total de participantes	Códigos de Entrevista	Idade em anos
05	E10 gestante, E12, E20 gestante, E25, E26	19, 20, 21, 39, e 46.

Fonte: Elaborado pela autora (2015-2018).

QUADRO 3 - HOMENS COM FILHOS

Total de participantes	Códigos de Entrevista	Idade em anos
07	E13-E18, E22	28, 41, 42, 46, 54, 66 e 67.

Fonte: Elaborado pela autora (2015-2018).

QUADRO 4 - HOMENS SEM FILHOS

Total de participantes	Códigos de Entrevista	Idade em anos
04	E19, E21, E23, E24	18, 25, 24 e 31.

Fonte: Elaborado pela autora (2015-2018).

A opção por participantes com as características apresentadas para construção da amostragem ocorreu em decorrência de, ao iniciar a coleta de dados, as pessoas que buscavam atendimento na UBS, serem mulheres. Como a primeira entrevistada foi uma mãe com filhos e suas necessidades de saúde foram relacionadas ao cuidado com os mesmos, definiu-se a continuação com esse grupo de participantes, variando em idade, até completar um total de dez pessoas.

Após a análise das dez entrevistas de mulheres com filhos, com suas codificações, reflexões e notas teóricas descritas nos memorandos, definiu-se dar continuidade com outros três grupos de representantes, sendo as mulheres sem filhos (gestantes e não gestantes) e homens com e sem filhos, buscando, assim, um aprofundamento dos dados encontrados.

Pode-se notar que, enquanto a maioria das mulheres entrevistadas tinha filhos e se concentram na faixa etária de 21 a 40 anos, somente um homem com este mesmo perfil foi entrevistado, pois no momento das entrevistas não foram encontrados outros no serviço. Isso faz refletir se estes homens procuram a UBS em outros momentos, uma vez que constituem parte da população economicamente ativa, possuem filhos para sustentar e, o serviço funciona em horário comercial.

3.3.3 A Coleta de dados

A entrevista é a principal técnica de coleta de dados na TFD e, no presente estudo, foi utilizada de forma individual, aberta, com duas questões norteadoras: O que são necessidades em saúde para você? Quais são as suas necessidades em saúde?

Como indicam Strauss e Corbin (2008), inicialmente a questão de pesquisa é aberta e ampla e, progressivamente, estreita-se e torna-se mais focada durante o processo à medida que conceitos e suas relações são descobertas.

A metodologia propicia a flexibilidade de incluir novos questionamentos que auxilia no aprofundamento do problema de pesquisa. No decorrer da análise, o pesquisador pode tomar conhecimento das lacunas presentes na teoria em formação que direcionam novos elementos a serem buscados e aprofundados em entrevistas futuras, constituindo possíveis conceitos que irão compor a teoria (CHARMAZ, 2009).

Identificou-se, também, o perfil sociodemográfico dos entrevistados, conforme detalhado no Apêndice B. Os roteiros de pesquisa, inicial, intermediário e final, estão apresentados no Apêndice C.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora deste estudo, no período de fevereiro de 2016 a julho de 2018, foram gravadas em gravador digital com duração média de quinze minutos. Ocorreram na UBS, em uma sala reservada para garantir a privacidade e minimizar interrupções, e no domicílio dos participantes, de acordo com suas escolhas. Como as pessoas aguardavam atendimento, a maioria preferiu ser entrevistada na UBS.

3.3.4 A análise dos dados

A análise dos dados iniciou-se após a transcrição na íntegra da primeira entrevista e seguiu-se de forma simultânea após cada entrevista. Para cada entrevista foram desenvolvidas as etapas de análise propostas na TFD: codificação aberta, em que foi realizada leitura linha a linha de cada entrevista, a codificação axial, até chegar à codificação seletiva.

Em cada um dos três tipos de codificação, utilizou-se as devidas amostragens. Então, na codificação aberta fez amostragem aberta, na codificação axial fez amostragem relacional e variacional e, na codificação seletiva a amostragem discriminada. Esse processo finalizou até alcançar a saturação teórica dos dados.

Exemplos de Codificação Aberta e Codificação Axial realizada nesta pesquisa encontram-se nos Apêndices D e E, respectivamente. À medida que a análise acontecia, foram construídos os memorandos (exemplificados no Apêndice F) e os diagramas apresentados nos resultados dos dados.

3.3.5 Aspectos éticos-legais

A realização do estudo levou em consideração os preceitos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, segundo as normas e diretrizes da Resolução 466 (BRASIL, 2012). O projeto foi encaminhado e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), sob o número de registro na Plataforma Brasil – CAAE 41899115.0.0000.5149, juntamente com a carta de anuência assinada pela Secretaria Municipal de Saúde de Nova Lima (SMS/NL).

As entrevistas deste estudo foram gravadas por meio de mídia após autorização, pelos usuários e participantes da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice G), como previsto pela resolução supracitada.

Para garantir o sigilo e melhor caracterizar os participantes da pesquisa, eles foram identificados por meio de códigos: E01, E02 e E03, representando os usuários entrevistados pela letra E com o número da sequência da realização da entrevista, além das letras M e F para indicar o sexo feminino ou masculino, seguidos da idade em anos. O participante E01, F, 33anos, por exemplo, trata-se do entrevistado número 01, do sexo feminino, que possui 33 anos.

4 TEORIZAÇÃO SOBRE ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES EM SAÚDE: UM OLHAR SENSÍVEL PARA ALÉM DA DOENÇA

Cuidar é mais do que um ato,
É uma atitude.
Portanto abrange mais
Do que um momento de atenção e zelo
Representa uma atitude de ocupação,
Preocupação, de responsabilização e de
Envolvimento afetivo com o outro.
(Leonardo Boff)

A teoria fundamentada na experiência dos usuários da ESF foi denominada **Atenção às Necessidades em Saúde: um olhar sensível para além da doença**. Ela emergiu dos dados obtidos de 26 entrevistas (quinze mulheres e onze homens), além de memorandos e diagramas, sendo capaz de reunir os quatros categorias encontradas: **Concepções de Saúde, Demandas de Cuidados, Expectativas de Atenção à Saúde** e *“A saúde poderia melhorar mais ainda”*.

Como exposto na introdução da tese, a concepção inicial do estudo foi de “Necessidades DE Saúde”. Com o desenvolvimento da pesquisa, os resultados, fundamentados nos dados, mostraram que “Necessidades DE Saúde” era uma denominação limitante, pois não representava a relação entre as necessidades. Passou-se, então, a adotar o termo “Necessidades EM Saúde”, envolvendo vários aspectos da vida das pessoas e de forma interligada.

As **Concepções de Saúde** que os usuários constroem ao longo da vida, advindas de experiências interativas, estão associadas ao bem estar e não ter algum problema que impõe limites à vida. Tal conceito reúne as relações sociais e afetivas do cotidiano das pessoas, o autocuidado e a qualidade de vida, sendo que o ambiente pode afetar a saúde.

A saúde individual, quando se apresenta de modo diferente de como normalmente é, trazendo limitações à vida, ou quando existe a necessidade de sua manutenção, surgem as **Demandas de Cuidados**. Elas constituem a causa inicial da procura pelos serviços de saúde e reúnem as questões orgânicas do corpo e a busca por diferentes tipos de atendimentos para fins de prevenção, diagnóstico e/ou tratamento e o profissional médico é aquele escolhido para atendimento dessas demandas.

A **Expectativa de Atenção à Saúde** ocorre no encontro com os profissionais, quando as demandas de cuidados são apresentadas junto ao serviço. Essas expectativas dos

usuários fundamentam nas suas **Concepções de Saúde**, acontecem no encontro com os profissionais, nos serviços ou na própria comunidade e, reúne características quanto aos serviços e profissionais, tais como, a articulação de competências profissionais técnicas e humanas, acolhimento, estabelecimento de relação de confiança, recebimento de informações e respostas. A relação entre as necessidades em saúde com a forma com que os serviços se apresentam para os usuários mostram que “*A saúde poderia melhorar mais ainda*”.

Para os usuários, os serviços apresentam como características atendimento de demandas, tempo de espera prolongado, foco na medicalização, falta de médicos e de explicações necessárias e, investimento público insuficiente. Apesar de os usuários relatarem satisfação das necessidades, eles entendem que “*A saúde poderia melhorar mais ainda*”.

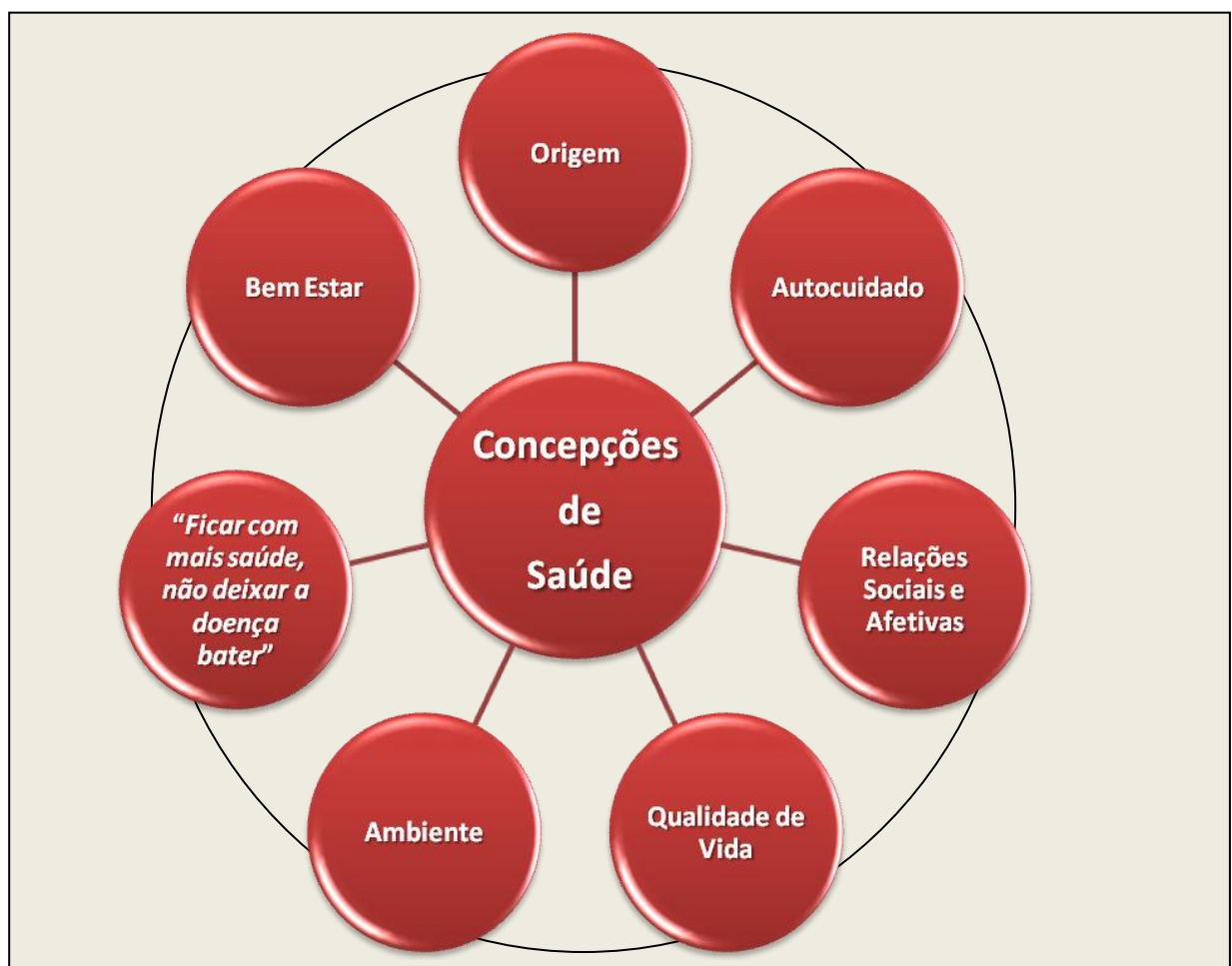
Cabe ressaltar nesse início da apresentação da teoria, a forte relação interacionista do fenômeno estudado, em que as concepções dos usuários são fruto de sucessivos contatos com a UBS e, em cada momento relacional com o serviço de saúde, altera e ressignifica essa concepção.

As categorias serão detalhadas individualmente ao longo deste capítulo e serão desenvolvidas em delineamento com o referencial teórico do IS, no qual as ações, sejam elas individuais ou coletivas, são construídas com base na interação entre as pessoas. As categorias serão apresentadas em negrito, as propriedades que as compõem estarão sublinhadas e os códigos *in vivo* em itálico, para melhor identificá-las.

Categoria 1: Concepções de Saúde – “É um convívio bom de pessoas, que às vezes nem é só tratar a doença, mas um convívio bom é muito interessante para as pessoas”.

A primeira categoria, **Concepções de Saúde**, é o que os usuários pensam sobre saúde, o que a afeta e a favorece e, como se constrói esse conceito, podendo ser representada pela figura 2:

FIGURA 2 - CONCEPÇÕES DE SAÚDE E SUAS PROPRIEDADES



Fonte: Elaborado pela autora (2015-2018).

O diagrama é composto pelas **Concepções de Saúde**, que se definem com as propriedades apresentadas. Assim, a Origem do Conceito Saúde vem de experiências pessoais, familiares e com profissionais de saúde, que corresponde ao Bem Estar físico, mental, social e espiritual e, “Ficar com mais saúde, não deixar a doença bater” código in

*vivo*¹, sofre interferência do Ambiente em que se vive e está associada à Qualidade de Vida, ao Autocuidado e às Relações Sociais e Afetivas que fazem parte do cotidiano das pessoas.

A Origem do Conceito vem do conjunto de experiências interativas dos usuários ao longo da vida. A figura 3 mostra a constituição da origem do conceito:

FIGURA 3 – CONSTITUIÇÃO DA ORIGEM DO CONCEITO SAÚDE



Fonte: Elaborado pela autora (2015-2018).

Os usuários, baseados em um conjunto de experiências distintas, pessoais e com familiares e profissionais de saúde, constroem **Concepções de Saúde** que podem se modificar após novas experiências.

As experiências familiares vêm das relações que as pessoas tiveram ao longo da vida:

Mas aí depois eu acho que para você ser saudável tem que ter muito carinho, muito amor também com a criança, faz muita falta. Que às vezes para você

¹ Os códigos *in vivo* expressam uma ideia da forma como foi dita pelo participante (STRAUS, CORBIN, 2008; TAROZZI, 2011).

ter saúde você precisa de amor e carinho. Eu agradeço muito a Deus que eu tenho esse problema de saúde (refere-se à esferocitose) desde pequeno, mas minha mãe zelou por mim muito. Eu nasci bem, graças a Deus, aí tinha carinho e tinha amor (E16, M, 67 anos).

O relato acima foi de um usuário portador de esferocitose que dizia sentir-se saudável, relacionando a saúde ao afeto familiar desde a infância. As noções de saúde vêm de um processo de interação social e da interpretação individual. Os valores culturais apreendidos de relações familiares, exemplos de autocuidado dos pais e o cuidado com os filhos, deixam recordações que podem repercutir no modo de pensar e de viver desses últimos.

A interação social, sob a perspectiva interacionista, fundamenta os significados trazidos pelos indivíduos e à medida que novas experiências são acrescentadas à vida dessas pessoas, podem ser revisitadas gerando novos significados.

Olha, antigamente a gente era levado pelos pais, pelas mães traziam aqui no posto. Hoje em dia melhorou muito com o agente de saúde que vai fazer a visita na casa da gente. Então a gente já tem um conceito melhor de saúde, a gente tem um profissional responsável por isso (E18, M, 28 anos).

Eu sempre tive esse conceito de saúde, mas agora, esse conceito que eu já tinha há mais tempo, pelos meus pais, hoje está sendo mais utilizado. Hoje se prega muito, dicas de alimentação, nutricionista, é uma coisa que antigamente não tinha, sabe? Então as pessoas hoje mudaram a forma de ver saúde, eu acho que hoje as pessoas se previnem mais (E19, M, 25 anos).

Nas visitas domiciliares e nos serviços de saúde, os indivíduos interagem com os profissionais e, em um processo social interno (*self*), interagem com eles mesmos, podendo ressignificar as noções anteriores. A mudança dos significados em relação às coisas pode orientar novas formas de agir no mundo, como mostra o depoimento acima de E19 que, a mudança na concepção de saúde se relaciona com o fato das pessoas se prevenirem mais quanto às doenças.

As experiências pessoais, quando se referem àquelas que acontecem na comunidade e fora do meio familiar, também podem validar ou modificar as noções.

Eu acredito que, principalmente a minha conversão. Porque antes de eu me converter, antes de eu ter esse entendimento principalmente de Cristo, enquanto a gente não tem uma base sólida espiritual, você vive por viver. Você simplesmente vai seguindo as regras que os outros vão fazendo. Quando você entende Cristo, principalmente porque eu sou evangélico, quando você entende o amor de Cristo, o que ele fez para você, você começa a se valorizar. Eu entendo que a vida não é minha, a vida é Dele e, como eu estou tomando conta Dele, eu passo a me dedicar melhor, a cuidar realmente do meu corpo, a cuidar realmente da minha mente [...]. (E22, M, 41 anos).

Eu era do norte de Minas de uma cidade chamada R. (nome da cidade), então sempre trabalhei na roça, no campo, aí um dia após o outro, sempre vem nos nossos encontros: falta de alegria, falta de sonhos, né? Às vezes a gente sonha com algumas coisas que a gente, não que não tem capacidade de conquistar, mas às vezes certos sonhos se tornam inúteis na vida da gente, né? Porque às vezes você tem que olhar pelo seu modo de viver, seu ponto de vista, como é que está sua vida, não quer levantar o braço e colocar a mão onde não alcança, que não consegue ir em frente. Através disso, eu tomei muito tropeção. Tomei muito tropeção mesmo e Deus está transformando a minha vida, está me dando outra oportunidade de mudar minha história de vida (E24, M, 31 anos).

Ambos os casos retratam a história de homens que tinham uma forma de viver que os conduziram ao uso intenso de drogas. Por meio de um processo interno de interação (*self*), refletido sobre o “*modo de viver*” código *in vivo*, eles buscaram a espiritualidade com o intuito de mudança de vida. O encontro com Deus resultou em uma nova forma de vida que tem relação com a saúde. Diante dessa experiência, surgiram novos significados e cuidar da mente passa a fazer parte da noção de saúde.

Outras experiências pessoais também fizeram parte dessa noção:

Que eu formei ano passado. Aí com a professora de educação física, nós estudamos uma matéria sobre saúde. Aí nós ficamos meio por dentro da matéria do que é saúde (E25, F, 20 anos).

A participação em disciplina sobre saúde influenciou na forma como concebeu saúde. Assim, isso mostra que as diversas vivências pessoais, familiares e com profissionais, baseadas em experiências inter-relacionadas, envolve o eu e o outro e, não é resultado somente da interação do sujeito consigo, o que demonstra a essência interacionista de que os significados vêm da interação social.

Dessa constante interação, que faz parte da vida em sociedade, noções de saúde são formadas, como “*Ficar com mais saúde, não deixar a doença bater*” código *in vivo*, que se relaciona ao corpo.

Ter saúde? É andar todo dia bem, se sentir bem, não precisar depender de ficar no posto ou até mesmo do hospital. Uma pessoa que consegue fazer as coisas tudo. Sem ajuda de alguém. Isso para mim que é saúde (E10, F, 21 anos).

Saúde é a gente ficar bem né? Aspecto de a gente se sentir bem, não ficar sentindo dor, não ficar sentindo mal estar. Porque é horrível ficar sentindo dor, ninguém merece ficar sentindo dor (E11, F, 36 anos).

As minhas necessidades? Ah, eu acho que... Minhas necessidades para saúde? Ah! **Ficar com mais saúde ainda** né? Entendeu? Ficar com mais

saúde ainda. É... **Não deixar a doença bater**. E quando bater sempre correr atrás para não deixar ela prolongar, né? (E15, M, 54 anos).

Ter saúde é sentir-se bem, não ter algo que limita as ações cotidianas, pois a pessoa se sente saudável quando é capaz de desempenhar de forma autônoma o seu cuidado e as atividades básicas do dia a dia, sem prejuízos ao bem estar ou dependência de outras pessoas ou dos serviços de saúde.

A saúde como sinônimo de ausência de doenças é reflexo do modelo assistencial biológico centrado, sendo ainda influente nas concepções dos usuários e dos profissionais. Apesar de uma proposta de promoção da saúde e prevenção de doenças na ESF, o que comumente se oferece na UBS é a prevenção de agravos, subtendendo-se que se a pessoa não possuir algum problema que lhe traga limitações, não precisa procurar pelo serviço.

O tratamento de doenças contempla uma parcela das necessidades em saúde dos usuários, pois eles querem sentir-se saudável e fazer, em seu cotidiano, atividades que possam promover a saúde. A saúde é como a pessoa está e, como ela se sente.

Então a saúde para mim, eu acho que é em primeiro lugar. Que você tendo saúde, você corre atrás de tudo, você pode trabalhar, né? Você vai ter um estado psicológico bom, lidar com a família, com amigos, enfim em tudo. Que a saúde para mim é tudo, é igual você está bem, em casa com a família, você está, digamos assim bem financeiramente. Se você tem saúde, você tem tudo, que ela é em primeiro lugar (E02, F, 41 anos).

Saúde é tudo da vida, é o essencial. Eu acho que você preocupa com educação, com segurança, mas o principal na vida do ser humano é a saúde, você estar bem de saúde. Saúde é você poder levantar bem de manhã e agradecer a Deus pelo dia, estar bem, passar bem pelo dia, dormir de noite tranquilo, isso é uma maravilha, né? (E16, M, 67 anos).

Vamos supor, se eu não tiver bem, eu não vou poder trabalhar, não vou poder fazer o que eu gosto. A gente tem sempre que buscar estar bem para poder fazer o que a gente gosta (E25, F, 20 anos).

A saúde dá a liberdade à pessoa de buscar e fazer o que gosta, é poder desfrutar da vida, conviver com outras e exercer o trabalho, sendo considerada pelos usuários uma necessidade essencial. Nos depoimentos, são apresentados relatos com noções semelhantes de duas gerações distintas. Em um desses depoimentos, o participante possui um problema crônico de saúde, mas sente-se saudável.

Além do bem estar físico, o bem estar mental, social e espiritual também compõem as **Concepções de Saúde**.

Saúde eu acredito que seja um bem estar físico, mental e psicológico. Para mim saúde é isso, né? [...] a parte espiritual da pessoa. Que tem que ter um envolvimento espiritual com alguma seita, alguma religião, você tem que ter, congregação com alguém. Então isso tudo ajuda, né? (E17, M, 66 anos).

Bom, a saúde para mim é o bem estar, né? O cuidado com a vida, com a alimentação, com a rotina de vida da gente. Isso tudo para mim é saúde, envolve saúde (E18, M, 28 anos).

Ah, mas não é simplesmente a saúde. Vai muito além da saúde. A sua saúde espiritual, a sua saúde do corpo, a sua saúde da mente. [...] a saúde está em se conhecer, saber que você pode ir mais, você pode ir além (E22, M, 41 anos).

Eu estar com a saúde boa, eu estar me alimentando bem, eu estar vivendo em algum lugar onde eu me sinta bem. Na minha visão é essa, né? (E24, M, 31 anos).

A noção de saúde ultrapassa o âmbito físico e está relacionada ao sentir-se bem no mundo e tem relação com o cuidado com alimentação, com a espiritualidade, com o corpo e com a mente.

Relacionada ao bem estar mental, a convivência é importante para a saúde. As relações interpessoais podem ser melhores entendidas pela propriedade Relações Sociais e Afetivas, que tem a ver com o bom convívio social e com relações de afeto entre as pessoas, sejam elas familiares ou não.

[...] Mas a gente precisa um bom convívio, um bom convívio, às vezes reuniões, encontros de pessoas acho que ajuda bastante. É um convívio bom de pessoas, que às vezes nem é só tratar a doença, mas um convívio bom é muito interessante para as pessoas. Se tivesse, né, um grupo de pessoas que, isso faz muita falta para o ser humano, entendeu, ajuda bastante a gente poder participar. Não só: ah eu tenho que ir lá tratar da minha saúde, uma conversa, né, um tempo disponível para certas situações, seria mais um lazer, né talvez. Eu acho que é muito interessante também (E16, M, 67 anos).

O convívio com o outro vai dar sentido à vida e, dessa experiência, interativa positiva, surge a necessidade de encontrar no serviço algo diferente do que já é tradicionalmente ofertado. Reflexões apontam que o serviço poderia fazer grupos de convivência, assim seria uma forma de atender as necessidades e promover a saúde das pessoas.

Nesse contexto, as relações familiares têm grande influência na saúde.

E também a união da família, né, porque, porque se não tiver união de família, a saúde vai para o beleleu (E17, M, 66 anos).

Dessa forma, o amor, carinho, a união familiar e a boa convivência são necessidades em saúde e os problemas no contexto familiar ou no relacionamento com outras pessoas, as afetam diretamente.

Compreender as relações interpessoais e sua relação com a saúde faz refletir sobre o enaltecimento do diagnóstico clínico e abordagem voltada para o tratamento de doenças, os quais desconsideram a história de vida das pessoas e que, por isso, distancia das necessidades em saúde.

O Ambiente onde estão inserido as pessoas, as preocupações que dele surgem e as relações que nele ocorrem podem afetar de sobremaneira a saúde. Daí, o profissional conhecer o que se passa no dia a dia das pessoas faz necessário.

O que pode afetar mesmo é preocupação né? E esse monte de reportagem com o jovem de hoje a gente fica meio pensativo. Do jeito que esse mundo está, entendeu? Essas coisas assim. [...] A gente fica muito preocupado com isso, né? Eu sempre falo, a gente ouve muita reportagem, esses jovens, Nossa Senhora, ao invés de procurar igreja, procurar Deus, fica entrando nesses mundos (E15, M, 54 anos).

A mídia veicula notícias negativas envolvendo jovens e isso gera preocupação e, conseqüentemente, interfere na saúde dos pais. É possível notar que isso gera temor de que a relação dos filhos com outros jovens possa os conduzir a novas formas de agir, diferentes dos valores apresentados em casa. Dessa forma, percebe-se que há forte relação entre saúde e ambiente.

[...] o que mais prejudica a saúde das pessoas é o estresse. Esse mundo hoje em dia para pessoa estressar é um segundo, então a pessoa tem que evitar o máximo que ele puder de estressar. Vamos falar assim da situação do país atual, você vê tanta, tanta coisa errada, que você querendo ou não, você sente depressão, sente deprimido, sabe, ainda mais quando você acompanha muitas notícias, lê jornal, e vê televisão, *internet*, então essas coisas a gente vai ficando... Aí também na minha área, que eu era político, depois a gente vê uma coisa dessas que está acontecendo, aí a gente fica triste (E17, M, 66 anos).

Então principalmente é o emocional. Hoje eu acredito que de cada dez (refere-se às pessoas que procuram o serviço de saúde), oito, por mais dor que eles sintam, ou alguma coisa que afeta, mais é o emocional mesmo. O estresse do dia a dia, a pressão do dia a dia mesmo (E22, M, 41 anos).

Às vezes também certas palavras, certas conversas, não só em alimento ou no modo que a gente vive, mas as palavras também das pessoas afeta a saúde do ser humano. Não só minha, mas de outras pessoas também (E24, M, 31 anos).

Os discursos apresentam uma relação com o seu contexto social e demonstram que fatores como estresse, preocupação e certas palavras proferidas impactam a saúde das pessoas. Os entrevistados, principalmente homens, enfatizaram esse aspecto se baseando em experiências do seu dia a dia, o que faz chamar a atenção para sua saúde mental.

O Ambiente físico também pode afetar a saúde das pessoas.

Tem fator externo que todo mundo esta exposto a ele, por exemplo, febre amarela, esse tipo de coisa. Às vezes uma água que não é potável, chega uma água com algum problema (E19, M, 25 anos).

Pode a poluição, o desmatamento, fumar, beber. Tudo isso prejudica a saúde da gente (E20, F, 19 anos).

A exposição inevitável a elementos ambientais tais como poluição, água contaminada, vetores transmissores de doenças, assim como a opção pela aquisição e consumo de drogas disponíveis no meio no qual as pessoas se inserem, podem trazer prejuízos à saúde.

Além disso, a Qualidade de Vida, entendida como aquilo que as pessoas precisam para ter boas condições de vida, como boa alimentação, a prática de atividade física, emprego e lazer, segundo os entrevistados, podem contribuir também para uma vida melhor.

Qualidade de vida? A nossa vida assim, mais fácil na qualidade de saúde, escola, moradia. Então uma qualidade de vida eu acho que é uma vida melhor (E09, F, 34 anos).

Ah. A pessoa viver bem, né? É uma condição financeira a qual dá para viver bem, dando de melhor para os nossos filhos, para mim está bom (E11, F, 36 anos).

Saúde é qualidade de vida. Você tem uma qualidade de vida, você vai ter uma boa saúde. Se você tiver uma alimentação adequada, um lazer, familiar e tudo, você vai ter uma boa saúde [...] (E14, M, 42 anos).

As necessidades de saúde, por exemplo, é para você ter uma boa saúde, você tem que ter um bom salário, o salário bom hoje em dia ninguém tem, mas o salário que dá para você se manter, né, se você precisar de pagar um exame particular, você tem como pagar, sem afetar seu orçamento (E17, M, 66 anos).

Os depoimentos revelam que qualidade de vida é uma necessidade para que se tenha a vida saudável, o que requer recursos financeiros para ter uma alimentação adequada e lazer, que muitas vezes vai além do que a pessoa consegue adquirir por conta própria.

Aliado à Qualidade de Vida existe o reconhecimento de que as pessoas são responsáveis pela forma como conduzem sua saúde e que devem se cuidar. O Autocuidado, que seria o próprio cuidado em relação ao corpo, é importante para ter saúde.

Necessidades? Fazer uma boa alimentação, se cuidar melhor, né? É fazer caminhada, quê mais? Ah, é tudo, né? Tudo hoje em dia a gente tem que estar com a alimentação boa, você fazer caminhada. Não adianta, porque tem muitas pessoas que falam assim, ah eu quero emagrecer, mas nunca que correm atrás, né, nunca que fazem uma boa alimentação, que sempre estão comendo coisas gordurosas, nunca que correm atrás, nunca que fazem uma caminhada, só ficam no sedentarismo, ficam em casa. Então eu acho que tudo a gente tem que, para a saúde da gente, para a gente melhorar a gente tem que fazer por onde também. Não pode só ficar na mesmice, né? (E04, F, 28 anos).

Tem hora que a gente relaxa também, a gente podia ser uma pessoa que fizesse umas caminhadas, não sei, uma academia, mas muitas vezes também, as vezes por causa da gente mesma, a gente não faz porque isso vai depender da gente né? Mas é da gente, então eu acho assim uma boa alimentação né? Acho que é uma qualidade de vida que a gente precisava ter, mas a gente geralmente não tem (E08, F, 54 anos).

Ah? (risos) para eu ter saúde? Cuidado né? Cuidado da minha alimentação, do meu corpo físico, diário, seria isso (E11, F, 36 anos).

Saúde é você se cuidar mesmo. Creio que se cuidar (E22, M, 41 anos).

O cuidado pessoal, principalmente em relação à alimentação e atividade física, constitui necessidades em saúde. É preciso mais responsabilidade consigo, pois maus hábitos de vida poderão afetar a saúde. Nessa perspectiva, não basta somente a disponibilidade de recursos e o atendimento profissional, se não houver o comprometimento das pessoas com a própria saúde.

A noção do Autocuidado vem de um discurso social, da boa dieta e do exercício físico, mas no fazer diário, apesar da intenção e do reconhecimento da importância em se cuidar, os participantes relatam que não o fazem. A experiência interacionista pode ser notada nesse aspecto, em que a noção individual faz parte do que a sociedade reconhece como bom.

A percepção das pessoas, de alterações orgânicas do corpo ou o desejo de manutenção da saúde irão gerar as **Demandas de Cuidados** que as farão buscar pelos serviços de saúde por motivos de atendimentos diversificados. No processo de construção dessa teoria, as Necessidades em Saúde estão fundamentadas nas **Concepções de Saúde** das pessoas e as **Demandas de Cuidados** constituem parte das Necessidades em Saúde.

Categoria 2: Demandas de Cuidados – “Quando a pessoa sentir aquela coisa de ir sempre no médico”.

A segunda categoria, **Demandas de Cuidados**, é aquela que orienta a procura das pessoas pelos serviços de saúde e elas acontecem quando ocorre a busca por melhoria ou preservação da saúde, podendo ser representada pela figura 4:

FIGURA 4 – DEMANDAS DE CUIDADOS E SUAS PROPRIEDADES



Fonte: Elaborado pela autora (2015-2018).

O diagrama é composto pelas **Demandas de Cuidados** e se define com as propriedades apresentadas. Elas são relativas às Questões Orgânicas do Corpo e à busca por diferentes tipos de Atendimentos para fins de prevenção, diagnóstico e/ou tratamento nos serviços de saúde, para a própria pessoa ou para os seus familiares.

As demandas por Questões Orgânicas do Corpo têm a ver com o estado de saúde das pessoas e surgem da autopercepção ou do conhecimento de alterações:

Ah, eu quero olhar a minha questão da glicose e pressão, que realmente ela está desregulada (E03, F, 34 anos).

Uai, sei lá, passando mal, alguma coisa assim, com dor no corpo, né? Dor de cabeça, porque eu tenho muita enxaqueca. Agora, com esse negócio de zika vírus aí, da dengue, né, qualquer coisinha, qualquer vermelidão que aparece no corpo a gente está procurando mesmo o sistema de saúde. É isso (E04, F, 28 anos).

Está sentindo alguma coisinha aqui, vai ao médico rapidinho e olha, não deixa de tomar o remédio, melhorou, está bom. Pronto. Sentiu outra coisinha vai ao médico outra vez, pronto. Para não deixar (E15, M, 54 anos).

O que me faz buscar é quando eu não me sinto bem (E19, M, 25 anos).

É quando eu estou doente, quando eu machuco. É isso (E21, M, 18 anos).

Quando se percebe que houve alguma modificação no estado de saúde ou que se precisa de uma resposta ou solução para algum problema, surgem as demandas. Então, as Questões Orgânicas do Corpo mostram-se relacionadas a carências, problemas de saúde perceptíveis para as pessoas e constituem a causa inicial que as levam a procurar os serviços de saúde.

Então, aí qualquer coisa que a gente identifica, qualquer problema de saúde primeiro lugar que a gente procura é o posto de saúde (E05, F, 26 anos).

É quando alguma coisa da gente aperta, né? No meu caso, eu corria demais. Comecei a sentir uma dor debaixo da sola do pé, aí eu dava uma paradinha. Depois quando o sangue esfriava, eu tinha que andar, tinha que colocar o pé no chão, entendeu? Aí falei caramba sô! Aí eu passei a tomar alguns medicamentos sem ir ao médico. Tomava um banhozinho, a sola estava meio vermelha assim debaixo. Aí falei assim: isso não está certo. Foi quando eu fui procurar um médico (E15, M, 54 anos).

Eu só fico mais na minha área mesmo trabalhando, venho do trabalho para a casa e só se não tiver outra opção mesmo para eu procurar centro de saúde (E24, M, 31 anos).

Muitas vezes a busca pelo serviço de saúde acontece quando já não se encontra mais uma solução para determinado problema ou quando ele traz algum tipo de limitação para a vida. Então, a busca pela ajuda profissional é subsequente à tentativa de resolução pessoal do problema.

A automedicação é uma prática comum em nossa sociedade, em que diante de um problema, as pessoas compram medicação sem prescrição médica, buscando inicialmente a solução por si mesmo. A prática da automedicação reforça a premissa interacionista de que as pessoas agem em uma situação, neste caso, frente a um problema de saúde, da mesma forma que a sociedade agiria estando na mesma situação.

Há, ainda, demandas por Questões Orgânicas do Corpo e por Atendimentos, como as indicadas pelas mulheres que possuem filhos.

As minhas necessidades seriam prioridades aos meus filhos. Porque menino assim, como se diz, menino é surpreendente, né? Hoje está bem, amanhã está mais ou menos [...] (E01, F, 33 anos).

[...] o meu filho que está sendo atendido, continua sendo atendido, o bebê que nasceu também, tudo pelo SUS e sempre que eu preciso, eu sou atendida, em todas as áreas. Não tenho o que questionar não (E02, F, 41 anos).

Ah, bom, assim em relação à V. (filha), acompanhamento, né, para saber o desenvolvimento dela, se está tudo dentro dos padrões, né? Esperados, tamanho, peso, de acordo com a idade dela. E para mim em relação ao acompanhamento mesmo para saber se está tudo bem, né? (E05, F, 26 anos).

Como te falei, ele tem crise de bronquite (filho), então assim, o que eu vim mesmo era procurar um médico para ele ser atendido (E09, F, 34 anos).

As **Demandas de Cuidado** dos filhos também constituem necessidades das mulheres, fazendo com que a busca pelo serviço de saúde seja motivada por questões familiares e não somente pessoais. O cuidado com o filho se mostra como parte da vida delas. Homens e mulheres têm papéis sociais diferentes e, culturalmente, a tarefa de cuidar dos filhos é vista como uma responsabilidade das mulheres e isso pode fazer com que, diferente dos homens, elas adotem as demandas de cuidados dos filhos como suas necessidades.

As Questões Orgânicas do Corpo, principalmente as alterações, irão gerar demandas por Atendimentos diversos nos serviços, tais como preventivo, curativo e/ou diagnóstico, para a manutenção ou restabelecimento da saúde.

Ah, que nem hoje, eu estava precisando dos exames, ela (referindo-se à enfermeira) resolveu para mim. Aí eu estou com infecção de urina. Ela disse assim: você vai fazer primeiro o exame, eu preciso do exame, para depois a gente tratar (E03, F, 34 anos).

O que motivou o usuário a procurar por atendimento, foi a necessidade de exames para o diagnóstico de uma provável infecção do trato urinário e, posteriormente, o seu

tratamento. Entretanto, a procura por atendimento pode ser também pela necessidade de pedido de exames de rotina ou avaliação clínica, sem que se tenha o conhecimento prévio de alterações orgânicas do corpo.

[...] é estar sempre, por exemplo, conferindo a pressão cardíaca, fazendo *check up* para a gente evitar, como é que fala? Você fazer um *check up* constantemente você pode evitar estar desenvolvendo um problema grave que pode ser muito tarde depois para poder resolver um problema de saúde, fazer consultas periódicas só mesmo por prevenção, né? (E13, M, 46 anos).

Existem as demandas por atendimento que acontecem por necessidade de manutenção da saúde e prevenção de agravos. A prevenção de doenças por meio da imunização também orienta a busca pelo serviço.

Hoje o que está me fazendo vir buscar são essas epidemias, dengue e a febre amarela. Então a gente já fica com aquele... como a gente está em uma área de risco, com muita mata, muitos córregos, a gente fica preocupado. Igual tem pessoas conhecidas agora, ontem faleceu um vizinho com febre amarela aí a gente fica mais receoso com isso, né? (E18, M, 28 anos).

A procura pela vacinação foi relacionada à vivência da morte do vizinho associada a uma epidemia. Estar em ambiente de risco e a proximidade da morte aumentam a preocupação em cuidar-se. No interacionismo, o indivíduo interage com os outros e interpreta essa vivência em um processo social interior, gerando significados que conduzirão sua forma de agir.

Entretanto, apesar de se falar em prevenção, como fazer *check-up*, nota-se que grande parte dos relatos de procura pelos serviços foi com finalidade de diagnóstico e/ou tratamento.

Eu tive gestação molar, da outra vez eu fiz uma cirurgia no olho, fiz no punho e eu ia fazer uma no pé, mas ainda não fiz. Mas a que eu tive que ficar mais tempo no hospital foi a da gestação molar. Eu tive que fazer tratamento durante seis meses, aí inclusive tive que vir aqui várias vezes (E03, F, 34 anos).

Para pegar receita, para trocar receita, porque na farmácia a receita dura seis meses, aí quando é no último mês a moça fala: "Ah tem que ir no posto pedir o médico para te dar receita nova" (E12, F, 46 anos).

Ah, foi problema de saúde mesmo. Uma época eu estava tendo muita dor de cabeça e através da consulta eu descobri que eu estava sofrendo de sinusite [...] (E13, M, 46 anos).

Os motivos de procura das pessoas ocorreram por questões orgânicas do corpo que precisavam ser acompanhadas ou tratadas. O atendimento que se busca é relacionado às consultas médicas, o que se considera compatível para responder a tais demandas. Entretanto, esse encontro com o profissional médico, nem sempre pode ser atendido no momento que se necessita.

Quer dizer, não passei pelo médico para consultar para poder passar um remédio para mim para dor. Estou com muita dor de cabeça, acordo assim, com isso tudo aqui ardendo, muita dor de cabeça. Quer dizer, eu não consegui passar, estou desde 6:30 e não consegui passar, você entendeu? (E06, F, 64 anos).

A procura no serviço é pelo médico e, o atendimento que se espera inicialmente para a resolução do problema orgânico, segue a lógica da clínica, o qual a pessoa está com um determinado problema de saúde, é atendida por esse profissional e recebe a medicação para o tratamento.

É tipo ficar perdendo tempo. Igual as enfermeiras, elas ficam geralmente perguntando o que é que você tem, para depois passar para o médico. Então acho que já teria...Triagem, no caso. Então eu acho que já teria que passar direto (refere-se ao médico), porque mesmo, não adianta nada, eles não vão poder fazer nada por nós (refere-se ao enfermeiro), tipo só encaminhar mesmo. Tipo, não ficar perdendo tempo, né? (E10, F, 21 anos).

A única coisa que eu não gosto é de fazer a prevenção (refere-se ao enfermeiro). Que eu acho errado. É o médico que tem que fazer, não é o enfermeiro. Eu não deixo ele fazer prevenção em mim não. O médico que eu deixo fazer, mas ele não. Eu acho isso errado, enfermeiro fazer prevenção na gente? É o próprio médico que tem que fazer, o que eu acho errado é isso. Eu nunca vi o enfermeiro fazer prevenção, eu acho errado. Então eu não deixo fazer em mim não. Não deixo (E12, F, 46 anos).

Ah, porque eles (refere-se aos enfermeiros) auxiliam os médicos. Quando os médicos não podem atender ou tem algum compromisso marcado (E21, M, 18 anos).

Na lógica do atendimento recebido e na simbologia construída social e historicamente, quem deve responder às demandas clínicas são os médicos. Dessa maneira, reafirma-se o olhar interacionista de que os significados surgem da experiência social e, os significados advindos desse processo irão conduzir a forma de agir das pessoas. Com isso, pode-se inferir que, apenas a proposta governamental de mudança de atenção à saúde na lógica da ESF, não resultou em mudança de conduta dos usuários para a busca e satisfação de seu atendimento.

O médico é o profissional que se procura nos serviços e, as ações de outros profissionais, como por exemplo, das enfermeiras, ainda não foram assimiladas pelos usuários. Nas interações cotidianas no serviço, as funções desempenhadas pelas enfermeiras são entendidas como de “triagem” e “auxiliar o médico”. Há uma preferência explícita para que o médico desempenhe funções que são, hoje, desempenhadas por outros profissionais.

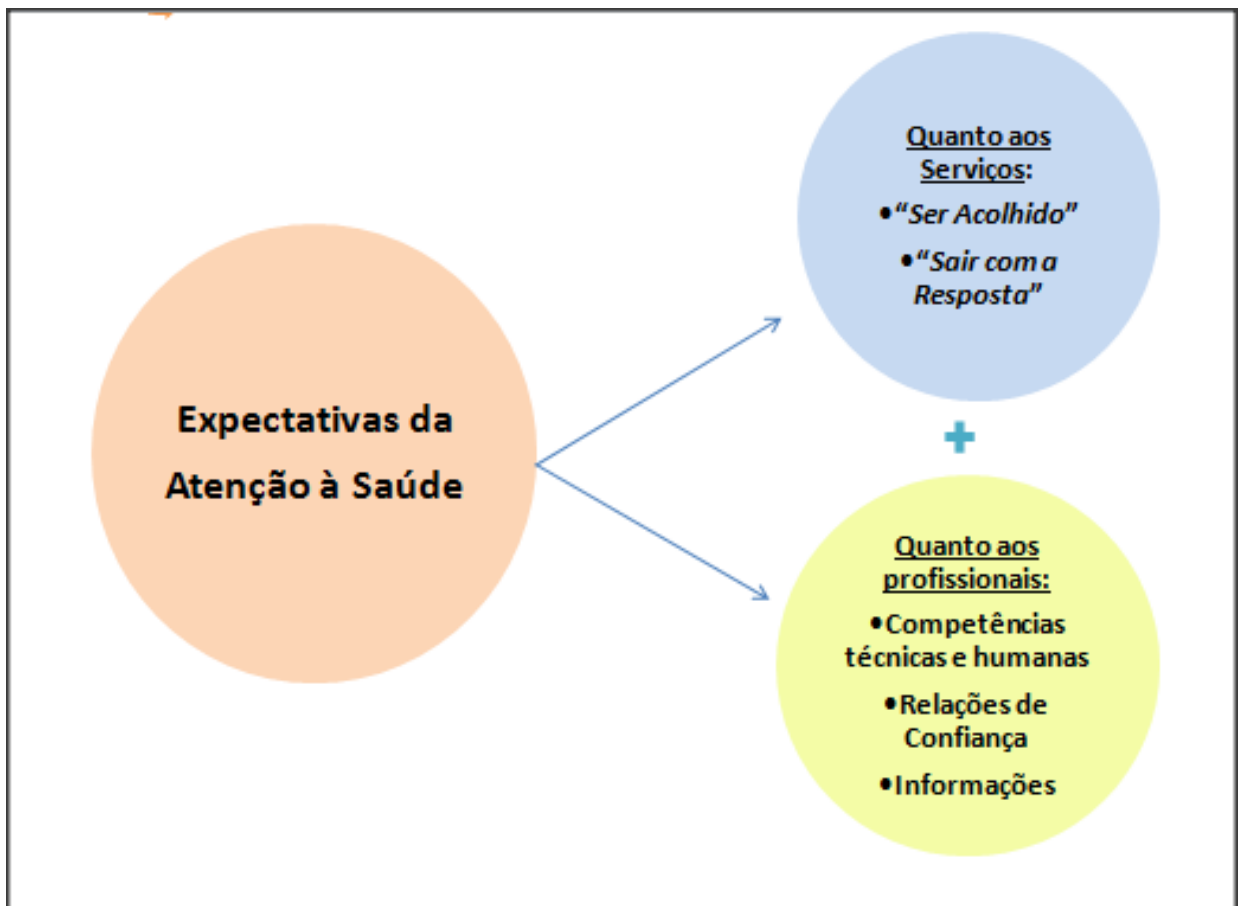
No processo de construção desta teoria, as necessidades em saúde dos usuários estão fundamentadas nas e, é representadas pelas **Concepções de Saúde**, isso porque ter saúde constitui uma necessidade e, nas concepções de saúde se encontra os fundamentos para outras necessidades.

As necessidades em saúde dos usuários constituem a integração das **Concepções de Saúde**, das suas **Demandas de Cuidados**, e suas **Expectativas da Atenção à Saúde** nos serviços.

Categoria 3: Expectativas da Atenção à Saúde – “Não te ver apenas como uma ficha que você tem que liberar logo, sabe?”

A terceira categoria, **Expectativas da Atenção à Saúde**, é o que permeia o encontro entre usuários e profissionais de saúde e se traduz naquilo que se espera em relação à assistência à saúde prestada pelos profissionais, como mostra a figura 5:

FIGURA 5 - EXPECTATIVAS DA ATENÇÃO À SAÚDE E SUAS PROPRIEDADES



Fonte: Elaborado pela autora (2015-2018).

O diagrama é composto pelas **Expectativas da Atenção à Saúde**, que se definem com as propriedades apresentadas: “*Ser Acolhido*” e “*Sair com a Resposta*” dos serviços. Elas também estão associadas ao acesso às Informações, à articulação entre Competências Profissionais técnicas e humanas e às Relações de Confiança estabelecidas entre profissionais e usuários, podendo acontecer tanto nos serviços quanto na comunidade.

Um dos Lócus da **Atenção à Saúde** na comunidade é o domicílio. Nos serviços de saúde, ele abrange os três níveis assistenciais: a Atenção Primária, Secundária e Terciária.

Da constante interação social entre as pessoas, tanto no domicílio, na comunidade quanto nos serviços, surgem as noções das **Expectativas de Atenção à Saúde**, e a primeira delas é a de “Ser Acolhido” código *in vivo*, que constitui formas esperadas de abordagens pelos profissionais de saúde:

[...] mas graças a Deus nós temos pessoas que se interessam, né? Que se importam. Aqui só tem profissionais que por mais dificuldades que possamos enfrentar que estão, como se diz, capacitados e prontos para acolher a hora que você precisar (E01, F, 33 anos).

Essa médica que eu estou te falando devia ser uma boa profissional, porque zelava muito com a gente e ela tinha tanta afinidade com a gente, que eu ou qualquer outra pessoa, saía de lá bom (E16, M, 67 anos).

É a forma de atender. Muitas vezes a enfermeira ou o cirurgião, no modo de expressar, atende, conversa com a pessoa, então isso ajuda muda muito, certo? No modo da recuperação do paciente, né? Porque às vezes uma palavra vale mais que uma cartela de comprimidos (E24, M, 31 anos).

Uma pessoa chegar e conversar com você educadamente você já vai gostar do lugar, né? Vai estar se sentindo acolhido (E25, M, 20 anos).

“Ser Acolhido” é a forma concebida de cuidado garantido pelo profissional que zela pelo usuário e, envolve o diálogo, sendo que “às vezes uma palavra vale mais que uma cartela de comprimidos”. Vai além do saber e fazer técnico e envolve o atendimento interativo, atencioso, respeitoso e de grande significado para os indivíduos, com repercussões terapêuticas.

Essa forma de receber as pessoas incorpora a atuação de outros profissionais de saúde, não centraliza o cuidado somente no profissional médico e, apresenta as necessidades mais subjetivas.

E com certeza eles, afinal de contas, estão lidando com o ser humano, então a atenção que eu digo é essa, não quer dizer que você quer a atenção só para você, né? Mas uma atenção assim carinhosamente, que atende todas as necessidades de cada paciente (E01, F, 33 anos).

Deixa eu te falar uma coisa, eu não sei se ela está em atividade mais não, mas existia uma médica que atendia no serviço do SUS, que às vezes você estava bem doentinho, não estava bem, né? Aí você chegava lá e a maneira dela olhar para você, a maneira dela te tratar, antes de você tomar o remédio, você saía bom. Uma pessoa alegre, uma pessoa feliz, uma pessoa para cima.

E trata você como gente, né? Tem médico, tem profissional que não trata você muito bem (E16, M, 67 anos).

O ato da consulta pode ser espaço de acolhimento e envolvimento. Ao atuar dessa forma, profissionais abrem espaço para o atendimento de necessidades em saúde dos usuários.

O indivíduo constrói suas concepções baseado na interpretação de suas experiências sociais. Quando chega aos serviços, traz consigo esses valores e espera encontrá-los nas relações com os profissionais. Constitui-se um símbolo social a atenção e carinho como partes integrantes do ato de cuidar e, no encontro entre usuários e profissionais, subentende a presença desta relação afetiva.

Entretanto, nem sempre os usuários são recebidos como se espera, com um olhar que vai além da doença e interessado pelo outro, principalmente em relação ao atendimento médico.

Da melhor maneira possível, né? Assim com educação, com mais vontade de trabalhar, porque tem muitos médicos que, parece assim que não estão com vontade de trabalhar, atendem a gente por atender, sabe? Insatisfatoriamente. Eu acho que da melhor maneira possível, né? Mesmo assim acho que a gente tendo um convênio, igual eu tenho da U. (nome do plano de saúde), deveria atender melhor. Não todos, né? Mas com muitos acontece isso, não atendem da maneira que a gente espera (E04, F, 28 anos).

Atencioso, né, porque tem profissional, doutores, que quando você está explicando o que você tem, ele nem olha para você e quando você termina de falar tudo que você sente, ele já te entrega uma receita na mão e não quer nem saber, não procura saber nada, entendeu? [...] Não pergunta o que eu estou fazendo que pode estar causando aquilo. Ah, de repente você pode estar fazendo alguma coisa que pode estar te prejudicando. Não procura saber com o que você mexe, então pelo menos para tentar indagar, né? (E13, M, 46 anos).

[...] Antes de você falar, eles já têm o diagnóstico do que você tem. Questão do acolhedor é a questão do ético e do atencioso. [...] Não te ver apenas como uma ficha que você tem que liberar logo, sabe? É neste sentido (E19, M, 25 anos).

Os usuários esperam um saber profissional fundamentados no contexto de vida das pessoas e, não voltado somente para a abordagem biológica e para tratamentos padronizados. As pessoas querem ser vistas em sua individualidade e isto envolve o olhar atendo e o diálogo.

O bom profissional, que vai fazer com que o usuário saia satisfeito da consulta, é aquele que olha nos olhos, que demonstra interesse, que escuta, que é afetuoso e que o toca. O usuário quer o cuidado relacional associado ao cuidado técnico.

[...] às vezes a gente não é atendido da maneira que a gente pensa que vai ser atendido (E24, M, 31 anos).

Assim, o cuidado está associado às relações afetivas, então os usuários esperam ser atendidos nos serviços pelos profissionais “*da maneira que a gente pensa*” e, quando isto não acontece, uma parte das necessidades não é atendida.

“Ser Acolhido” se relaciona com outra noção de Atenção à Saúde que seria “Sair com a Resposta” e se trata de resolver aquilo que o indivíduo precisa.

Por exemplo, eu venho aqui buscar a vacina e saio daqui com ela resolvida, eu venho buscar o clínico, depende da necessidade do que eu vou fazer, eu saio daqui também com essa solução resolvida. Então, o que eu venho buscar aqui está resolvido. Está sempre, né? A qualidade... Que nem eu te coloquei eu cheguei agora aqui nesse posto e estou sendo atendida. [...] Como se diz entrar e sair, então vamos sair de lá com a solução, vamos lá com aquele problema lá e resolver para não poder voltar para casa e ficar lá mancando do pé, que não conseguiu fazer o curativo, digamos assim, né? (E02, F, 41 anos).

Ah... eu desejo ser atendida no meu objetivo que eu vim né, se caso eu estou doente, eu quero que alguém me atenda conforme o que eu estou descrevendo para eles né. Então eu acho que o objetivo é esse, é a gente sair bem, contar o que está acontecendo e sair com a resposta (E09, F, 34 anos).

Busca-se por um atendimento de forma acolhedora, mas que também seja capaz de responder os que as pessoas precisam.

Por meio do cuidado acolhedor, como apresentado na propriedade “Ser Acolhido”, pode se construir, ao longo do tempo, as Relações de Confiança.

[...] eu tenho que ser confiante, eu tenho que acreditar que eles são bons para os meus filhos, confiar. É ir num lugar onde você tem confiança, que você está fazendo, ou melhor, o que o profissional está fazendo (E01, F, 33 anos).

Assim, que te atende direitinho, que te presta atenção, né, eu me acho assim, sabe? Não fazer pouco caso da gente, né, e atender a gente direito, isso que eu acho dessa parte. Você fica mais confiante que ele está preocupado com a gente, né? (E07, F, 64 anos).

Vai, ah, ajuda muito a gente. Uma vez que você vai tendo confiança, né? É muito interessante, aí mesmo que demora uma consulta, dois, três meses, mas você vai vendo, aí você vai abrindo mais com a pessoa, entendeu? A primeira consulta você nunca consegue se abrir por completo, aí depois você vai se abrindo, né, eu acho, eu não sei se é por aí não, mas eu penso assim. Porque você não vai falar igual um papagaio para uma pessoa. Então você vai, com o tempo, acho que você vai conseguindo passar para a pessoa que eu diria o que te aflige um pouco, eu acho que isso é muito bom, faz muita falta para mim. Então é muito bom para a gente. Ele também já confia na

gente mais, ele já pode passar mais para a gente, entendeu? Eu acho isso muito bom, esse contato mais vezes é muito bom (E16, M, 67 anos).

Então com o tempo, que você já faz a consulta naquele lugar, você já vai conhecendo o profissional também que te atende, você conhece as pessoas que trabalham ali, aí você começa a criar quase que um vínculo ali. Se você tem o costume de fazer consultas, está sempre no posto de saúde, então você vai tendo meio que um vínculo (E18, M, 28 anos).

A abordagem acolhedora, por meio de encontros subsequentes com um mesmo profissional, conduz à construção de relações sólidas em que se passa a confiar e criar algum vínculo com aquele profissional do serviço. As Relações de Confiança constituem necessidades em saúde, requerem tempo de convivência e podem favorecer a adesão ao plano terapêutico, potencializando o cuidado.

A UBS com a ESF é um local em potência para profissionais estabelecerem relações de confiança e, conseqüentemente, atender essas necessidades, pois os usuários ficam sob a responsabilidade e sob o cuidado de uma mesma equipe de saúde que irão acompanhá-los ao longo do tempo.

A **Atenção à Saúde** mostra-se como algo dinâmico em que profissionais de saúde e usuários se encontram em constante relacionamento, atribuindo noções às coisas por meio das interações e interpretações. As Competências Profissionais são habilidades profissionais desejáveis para os usuários e dividem-se em técnicas e humanas.

Eu acho que ele deve conversar, sentar, explicar, ouvir o paciente, e principalmente dar atenção, por que às vezes tem muitos médicos, profissionais tão bons, que o olho clínico dele vai diagnosticar o que a pessoa tem. Que já aconteceu comigo, por exemplo, a pediatra do meu filho, ela deu o diagnóstico da criança com intolerância à lactose no olho clínico. Fomos fazer o teste, foi positivo. Então é questão mesmo de qualidade aí, né? A competência do médico, a qualidade e ter amor à profissão dele, por que se não tiver, todos nós que temos uma profissão a gente tem que ter amor à profissão, por que se não tiver não rende. Você vai fazer por fazer, por obrigação, então você precisa ter amor à profissão (E02, F, 41 anos).

Eu acho que o atendimento com pessoas capacitadas, certo? Pessoas capacitadas, pessoas comprometidas e pessoas que realmente gostam de trabalhar com a saúde, sabe? (E17, M, 66 anos).

As competências técnicas para os usuários correspondem à qualificação e experiência profissional, tem a ver com a aquisição de conhecimentos técnicos científicos, que promovam resolutividade face às questões orgânicas do corpo. Elas precisam estar articuladas com as competências humanas, que requerem habilidades dos profissionais no modo de relacionar com as pessoas.

As competências técnicas e humanas se integram, sendo importante o fazer bem tecnicamente e de forma prazerosa, atenta e com amor para que se atendam as necessidades em saúde.

Outra propriedade que indica as **Expectativas de Atenção à Saúde** e que depende do modo de atuação de cada profissional é o compartilhamento de “Informação”. A informação referida pelos usuários é aquela que fará com que tomem conhecimento do que será relevante para a sua saúde.

Então, a gente saber o que está acontecendo com a gente é muito bom. [...] Qualquer doença você saber o que está acontecendo com você é bom. É bom ser esclarecido, não é? Tem uma médica, igual eu falei com você que internei no Hospital, o senhor não bebe pinga, viu? Se eu beber pinga eu vou prejudicar esse baço, então pode parar. Tudo bem, então obrigação minha é eu parar, eu sei que vai me prejudicar, vai me atrapalhar, obrigação minha é eu parar. Se eu beber, estou correndo risco, né? Mas ela me orientou e, o porquê vai acontecer aquilo comigo. Então, acho que essas necessidades da gente é saber o que normalmente acontece com a gente para gente cuidar da gente, não é verdade? Eu vou tomar meu comprimido, tomar meus remédios, mas ciente do que está acontecendo. Não adianta eu tomar uma coisa sem saber. Apesar do desconhecimento que a gente tem, né, mas é bom saber. É mais ou menos isto (E16, M, 67 anos).

[...] ter uma orientação de profissional. Isto para mim vale muito, né? (E18, M, 28 anos).

No encontro com os profissionais, os usuários esperam obter informações, sendo que estas podem potencializar o autocuidado, à medida que amplia a compreensão de como determinado comportamento afeta o organismo.

Em relação a essas informações, o que foi bem enfatizado pelos participantes e, em particular à ESF, é o trabalho dos ACS no domicílio.

Ah, como eu te falei eu gosto muito do atendimento aqui no C. (nome da UBS), né? A gente tem agente de saúde, a minha, em específico, ela dá um retorno bacana, ela vai até a nossa casa, ela passa para a gente informações até através de celular mesmo (E05, F, 26 anos).

Então o profissional visitando as residências, fazendo aquele controle que já estava na programação aí do município, um agente de saúde que vai nas residências, está alertando a pessoa, está comunicando, marca um exame com antecedência, por exemplo, que foi agendado. A pessoa estar alertando, estar ligando. Então, facilitou um pouco a vida do usuário da saúde, de quem necessita, entendeu? (E13, M, 46 anos).

O ACS é uma pessoa que faz parte da comunidade que está em constante interação com ela. Nesse convívio próximo, ele acaba se tornando familiar, é uma pessoa com quem se

pode conversar, confiar e expor suas questões mais íntimas, muitas vezes não reveladas nos serviços.

Destaca-se o trabalho desses profissionais na Atenção à Saúde pela importância atribuída em atender necessidades levando informações e também pelo olhar acurado às necessidades subjetivas.

Assim, ela passa para saber como que a gente está, se está precisando de alguma coisa. Mesmo tirando isso ela passa, pra dar um bom dia para gente, sabe? (E06, F, 64 anos).

Ah é bom, muitas vezes a gente para ter uma conversa, diálogo né? Alguma dúvida, tirar dúvida. Aí é muito bom por isso (E11, F, 36 anos).

O reconhecimento da importância do papel dos ACS, traduzido por atitudes, que apesar de aparentemente simples no cotidiano, como procurar saber como o outro está, dar um bom dia e conversar, é repleta de significados para quem recebe. As pessoas se sentem valorizadas quando o profissional adentra em seu domicílio, demonstra preocupação e interesse em ouvi-lo, gerando repercussões positivas para sua saúde.

Além de atender diretamente as necessidades das pessoas, o trabalho dos ACS permite adequar o serviço às especificidades dos usuários:

É bom né, porque ela (refere-se à ACS) quando eu falo com ela que tenho que marcar consulta para o meu pai que ele é idoso, eu falo "Oh você marca lá para uma hora, duas horas que de manhã para ele é ruim". Ai ela marca para tarde para ele sabe? Ele já é idoso. Marcar esse horário para ele (E12, F, 46 anos).

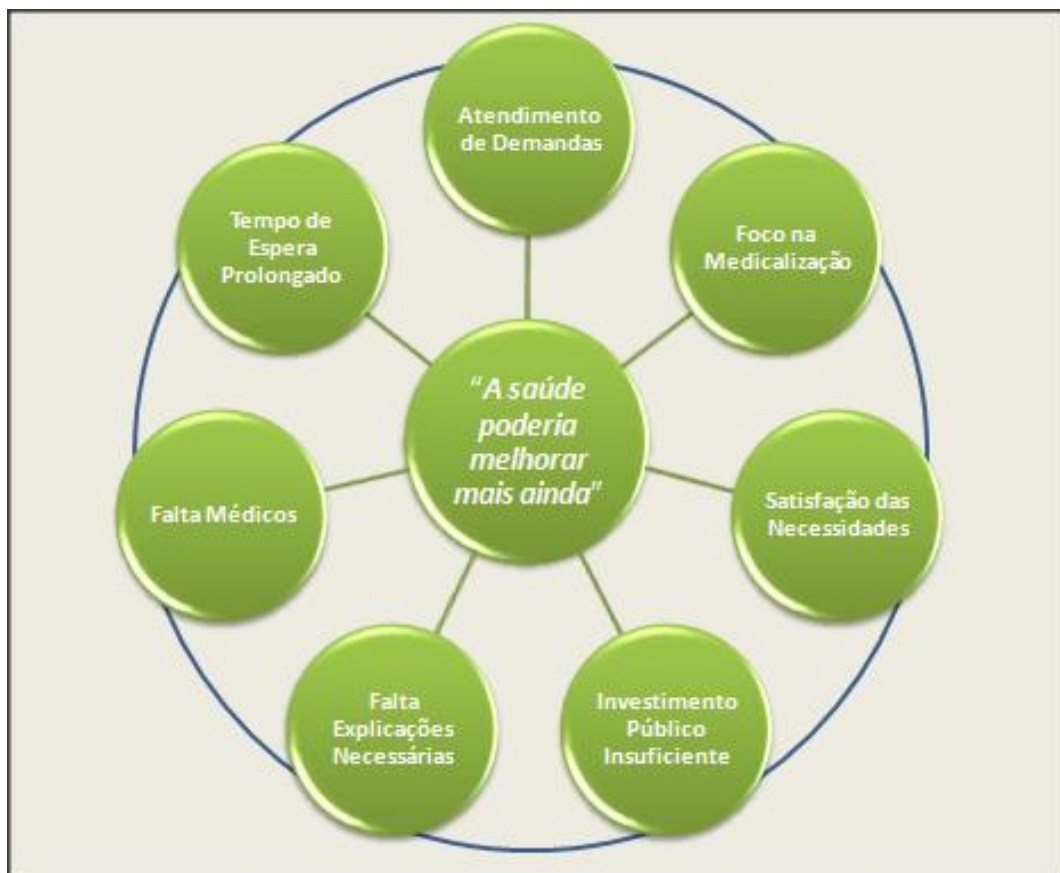
Os ACS conhecem a realidade das pessoas, o que amplia a possibilidade de uma adequação dos serviços as suas necessidades, que poderiam não ser detectadas ou atendidas, nesse caso, se considerassem somente a procura direta pelo serviço.

A **Atenção à Saúde** é permeada por expectativas em relação ao cuidado profissional capazes de atender às questões orgânicas do corpo e aos aspectos subjetivos das pessoas. A visão dos serviços de saúde de que "*A saúde poderia melhorar mais ainda*" determina a atenção desejada.

Categoria 4: “A saúde poderia melhorar mais ainda” – “(...) tem dia que aqui está lotado. É uai, tem que ter mais médicos aqui”.

A quarta categoria, “*A saúde poderia melhorar mais ainda*”, representa a visão da realidade, como os usuários percebem o sistema público de saúde, suas características e fragilidades em relação às necessidades em saúde. A figura 6 representa a categoria.

FIGURA 6 - A SAÚDE PODERIA MELHORAR MAIS AINDA E SUAS PROPRIEDADES



Fonte: Elaborado pela autora (2015-2018).

O diagrama é composto pela expressão “*A saúde poderia melhorar mais ainda*”, que é definida mediante as propriedades apresentadas. Assim, o sistema de saúde pode apresentar melhorias, pois tem como características o Atendimento de Demandas, o Foco na Medicalização, a Falta de Explicações Necessárias dos profissionais, Falta Médicos, o Tempo de Espera Prolongado e pouco Investimento Público. Porém, mesmo diante das dificuldades vivenciadas, considera-se que há Satisfação das Necessidades.

A nomeação da categoria “*A saúde poderia melhorar mais ainda*”, código *in vivo*, retirada do fragmento abaixo, dão indícios de como se apresentam os serviços para as pessoas.

O que eu acrescento é isso, na minha opinião, acho que **a saúde poderia melhorar mais ainda**, ter mais especialistas, ter mais qualidade de vida, né, e o cidadão sempre abrir os olhos para poder buscar os seus direitos que são poucos que fazem isso (E02, F, 41 anos).

Considerando o que é oferecido nos serviços, acredita-se que deve ter mais ações promotoras de qualidade de vida e um maior número de médicos especialistas. Para os usuários, Falta Médico em número suficiente para atendimento nas UBS e Hospital, assim como especialistas.

É isso, poderia melhorar mais, ter mais médicos para a gente. Porque se tivesse pelo menos dois clínicos (refere-se à área de abrangência a qual se insere na UBS), porque é muito bairro, é bairro Monte Castelo, é Vila Marisa, é Vale da Esperança, né, tudo aqui para um médico sozinho? (E06, F, 64 anos).

O atendimento ser melhor, ter mais médicos aqui no posto, tem só dois médicos (são dois clínicos e duas equipes de saúde da família). Tem que ter mais sabe? Porque dois médicos aqui é pouco, até que hoje aqui está vazio, tem dia que aqui está lotado. É uai, tem que ter mais médicos aqui (E12, F, 46 anos).

Na visão dos participantes, o quantitativo de profissionais médicos é pequeno em relação ao número de usuários, o que tem como consequência um serviço frequentemente cheio de pessoas aguardando por atendimento. Infere-se que a demanda de atendimento elevada pode afetar diretamente no cuidado, no qual as pessoas esperam serem acolhidas e estabelecerem relações de confiança com o profissional que possui, em contrapartida, grande número de pessoas para atender.

Com isso, o Tempo de Espera Prolongado para o atendimento é notado e relatado em relação a todos os serviços do sistema de saúde municipal.

Ah eu acho que um atendimento mais rápido que é nossa necessidade. Tipo assim, se você precisa do exame mais detalhado é difícil pelo SUS, mas é tipo isso, acompanhamento mais rápido. Igual quando você precisa de um psicólogo demora muito, você precisa né? Ir em outro tipo de médico mais especializado, demora muito, eu acho que deveria ser alguma coisa mais rápida né? [...] Tem vez que você tem que pagar o exame particular porque o atendimento vai demorar muito, muitas vezes vai sair e você não tem necessidade daquilo mais (E08, F, 54 anos).

Teve um pedido meu para a dermatologista, ficou aqui dois anos, [...] eu falei, misericórdia gente, eu pensei assim "Se demorar mais, prefiro pagar

particular" ai na hora que ele já ia marcar com uma médica, chegou lá em casa o papelzinho. Depois de dois anos hein? Olha que absurdo. Aqui é assim, tudo é demorado, demora demais da conta quando a gente deixa o papel aqui (refere-se à encaminhamento). Eu estou com os exames para entregar a dermatologista, estou esperando me chamarem (E12, F, 46 anos).

[...] Que infelizmente a demanda estava muita, então tinha que esperar. Então isso não depende muito do profissional, isso depende do sistema (E18, M, 28 anos).

Os usuários relatam que os atendimentos especializados são demorados e que, muitas vezes, precisam buscar outros meios, como consulta particular, na tentativa de solucionar o problema. A forma de organização do serviço também pode aumentar o tempo de espera.

[...] Uma vez mesmo, eu fui ao hospital, cheguei lá uma hora da tarde, só fui atendida oito horas da noite. Era antes de uma hora, então eu acho que não tem precisão dessa demora toda, não importa o que aconteceu né? Eles colocam muitas desculpas sobre o pediatra foi fazer um parto. Eu acho que deveria ter um pediatra para atender as necessidades das pessoas urgentes e um pediatra para fazer o parto né? Para ir lá olhar as crianças que nasceu do parto né? Não teria como tirar o pediatra que está atendendo as pessoas urgente lá, porque se a gente não precisasse a gente não procurava o hospital. Quem vai lá no hospital a toa? A gente vai porque a gente está precisando né? Aí chega lá no hospital fica esse tempo de demora esperando a justificativa que eles dão é que o pediatra foi atender bebê que acabou de nascer e as pessoas que estão chegando lá com problema urgente de ser resolvido né? Então isso que deveria ser melhor na agencia de saúde, seria isso. Essa demora, o tempo de espera da gente (E11, F, 36 anos).

O fato do profissional médico ter que se deslocar e atender em outro setor procedimentos mais demorados, como a assistência ao parto, aumenta insatisfação das pessoas, que também consideram suas necessidades urgentes, mas que precisam aguardar um longo tempo para que sejam atendidas.

Além do Tempo de Espera Prolongado, é notado que no atendimento profissional há Foco na Medicalização.

Porque muitas vezes as pessoas vão (refere-se ao serviço de saúde) e não são solucionados (refere-se aos problemas), né? Procura, procura médico, toma, toma, toma remédio e não consegue resolver o problema (E11, F, 36 anos).

Fui ao hospital falei doutor, estou sentindo isso, isso e isso. E só passa remédio, só passa remédio. Às vezes você vai ficando, você vai tomando remédio de uma forma, toma de outra, faz o exame com um, passa um remédio; passo com outro, passa outro remédio. Você vai tomando remédio, vai se dopando de remédio e não vê recurso algum e sempre sentindo a dor (E24, M, 31 anos).

As necessidades das pessoas que buscam pelos serviços parecem se apresentar apenas como problemas orgânicos para os profissionais médicos e, a medicalização é frequente. Entretanto, o que se mostra é que o remédio não soluciona o problema, não proporcionando, desse modo, a resposta adequada, principalmente se não for compreendido o que realmente as pessoas precisam.

Quando profissionais se atêm às questões orgânicas que culminam frequentemente no tratamento de doenças, isso pode regular as demandas dos usuários, indicando as finalidades do serviço.

É igual o que eu te falei lá no princípio, eu quase não uso (refere-se ao serviço de saúde). Porque também é o seguinte, não é justo a gente, não estar sentindo nada e ficar caçando médico. Porque além de você tirar uma vaga de uma outra pessoa, o médico vai receitar remédio de todo o jeito. Quem procura acha. Quem procura, acha, você entendeu? E você só vai enchendo o seu organismo de remédio. E quando for lá na frente, quando você precisar, o seu organismo não reage mais (E17, M, 66 anos).

A ausência de problemas ou limitações em relação à saúde não seria um motivo “justo” para procurar o serviço que se organiza em função das doenças e não da promoção da saúde. É possível, pois, deduzir que o serviço não opera em função das necessidades das pessoas.

Muitas das vezes você está sentindo alguma coisa, você pede o médico para te pedir um exame. Então assim, aí eu estou com muita dor no estômago, um exemplo, eu estou com muita dor no estômago, aí eles falam que é qualquer coisa, passam um remédio (E05, F, 26 anos).

Tem pessoas (refere-se ao profissional de saúde) que já estão tão elétricas que elas já fazem automático. Ela nem te ouve. Ela já automaticamente te fala se você está com dor de cabeça é virose. Então ela já, antes mesmo de saber o que você tem, ela já coloca algumas coisas, possibilidades. Eu acho que tem que realmente ouvir (E22, M, 41 anos).

A atuação médica parece mecanizada, volta-se para a doença e a resposta dada encontra-se na medicação sem busca da causa. O remédio parece ser a solução para qualquer coisa quando há procura pelo serviço. Essa forma de atendimento, baseada no modelo biomédico, não incorpora a determinação social do processo saúde-doença e nem as subjetividades, o que distancia das necessidades em saúde das pessoas.

É nesses desencontros de olhares dos profissionais com os usuários que se acredita que *“A saúde poderia melhorar mais ainda”*. Há também a percepção da Falta de

Explicações Necessárias, o que mostra a existência de ruídos na comunicação entre profissionais e usuários para que o cuidado aconteça de uma melhor forma.

Visita da agente de saúde, que ela tem que ir lá né, fazer visita e ver como que está e passar para a médica né, que a médica tem que ir lá fazer visita domiciliar. Aí a gente ficava esperando só que ela nunca foi, então até hoje é difícil. Aí a sogra da minha irmã teve que sair, ela mora em outro lugar e ficou muita coisa dela sem fazer, né? Porque não tinha agente de saúde para poder encaminhar direitinho os papéis, pedidos de remarcar as receita, então é um problema, minha cunhada teve que brigar com o pessoal aqui para conseguir remarcar as coisas de novo, mas conseguiu, mas assim pessoal não vai muito lá não. Então eu acho que agente de saúde tinha que andar mais, fazer mais visitas, procurar o que está acontecendo, que aí ajudava bastante (E09, F, 34 anos).

Quando o elo entre a UBS e usuários, por meio do trabalho dos ACS, é fraco ou inexistente, isso afeta a comunicação entre ambos e interpõe barreiras para o atendimento das necessidades em saúde, como no caso de agendamento de visita domiciliar médica, entrega de encaminhamentos, renovação de receitas.

Os usuários possuem necessidade de diálogo com os profissionais e esperam que as suas escolhas sejam respeitadas.

Quando eu fui ganhar o L. (nome do filho) também eu passei muito apertado no hospital porque eles quiseram fazer parto normal e eu, minha bolsa tinha rompido em casa e eu cheguei lá, né? É que a bolsa rompeu no caso, eles esperando e eu já tinha perdido o líquido todo, já tava tendo sangramento, vomitando e eles não queriam fazer parto cesárea, tinha que ser parto normal. Eu só ficava aliviada quando eu ouvia o coraçãozinho dele, que eles vinham ouvir e, para eu poder conseguir fazer o parto cesárea, meu esposo teve que ir atrás da assistente social e o L.(nome do filho) nasceu todo roxo, foi Deus mesmo que não deixou acontecer nada com ele. Aí só depois que meu esposo ameaçou lá o pessoal do hospital e fui na assistente social, que eu consegui fazer o parto cesárea. Mas o parto normal é essencial? É essencial. É importante? É. Mas os médicos tem que saber né? Lá a hora certa de fazer o normal e a hora certa de fazer a cesárea, porque a gente não pode perder os filhos da gente por causa disso, né? Uma gravidez tão esperada e no momento alí perder por um erro médico. Então isso também seria, né, a mudança dos médicos parar com esse negócio de normal, normal e saber a hora certa de fazer normal e a hora de fazer cesárea. Porque, para não ficar perdendo vida né? Não ficar perdendo os recém nascidos por esse motivo, então a minha reclamação do hospital é só essa [...] (E11, F, 36 anos).

Nesse caso, prevaleceu a tentativa de imposição da vontade médica sem que respeitasse a escolha e o protagonismo da mulher no trabalho de parto. A ação do profissional pareceu voltar-se para a ausculta de batimentos cardíaco fetal, sem explicação das condutas adotadas e do que estava se passando com a mulher e o bebê.

Os usuários carecem entender melhor sobre a organização interna da UBS.

Sobre os funcionários do Posto, né? Não explica direito, né, a sala tal a sala tal, entendeu? Eles não explicam. Igual ali (referindo-se à recepção), ah espera lá no fundo. Acho que tinha que ser mais focado, né, espera que a menina vai te chamar naquela sala tal, entendeu? (E14, M, 42 anos).

Eu acho que tem que ser assim, tipo, que nem nós chegamos aqui no C. (nome da UBS) viemos fazer consulta, cada um já ir já de uma vez para a área desejada. Por exemplo, a área de machucado, cada um ir para a sua área, área de pressão, cada um para a sua área, consulta médica, cada um ir para a sua área e ter a sua ficha técnica especializada sempre, você entendeu? Para não ter confusão, entendeu? Misturam muito as pessoas, aí elas ficam meio perdidas (E23, M, 24 anos).

O trabalho na saúde deve ocorrer em colaboração mútua, entre todos os profissionais do serviço, existindo diálogo com os usuários para que se possa promover assistência qualificada. Percebe-se que a ausência de comunicação fluida na recepção, pode gerar dúvidas quanto ao fluxo das pessoas na UBS, fazendo com que se sintam “meio perdidas”.

A organização do sistema de saúde municipal se apresenta, na perspectiva dos usuários, seguindo o Atendimento de Demandas, que é baseada na distinção de três níveis assistenciais pela qualidade dos problemas de saúde. Dessa forma, são ofertados serviços para a resolução de problemas mais simples, comuns e não urgentes, passando pelos urgentes e mais específicos, até os mais complicados e graves.

Aqui (refere-se à UBS) não tem assim, entre aspas, toda a estrutura que tem lá (refere-se ao Hospital), né? Por que aqui é mais é serviço. Como é que fala? É... não tem todos os aparelhos lá, se for uma coisa grave, é mais é lá (refere-se ao Hospital). Mais eu sou mais aqui, no C. (E04, F, 28 anos).

[...] Então assim primeiro momento, identificação do primeiro problema, sempre eu acho que a gente tem que procurar o posto de saúde. [...] Qualquer coisa mais grave você vai é para lá (refere-se ao hospital) (E05, F, 26 anos).

Ah, eu vou só quando que é urgência mesmo (refere-se ao hospital). Igual meu menino teve infecção de ouvido e foi hora que o posto não estava funcionando, aí eu fui ao hospital. Mas tirando isso eu não procuro hospital não (E11, F, 36 anos).

A visão que as pessoas têm dos serviços oferecidos em níveis assistenciais distintos vem das suas experiências com eles, construindo suas concepções.

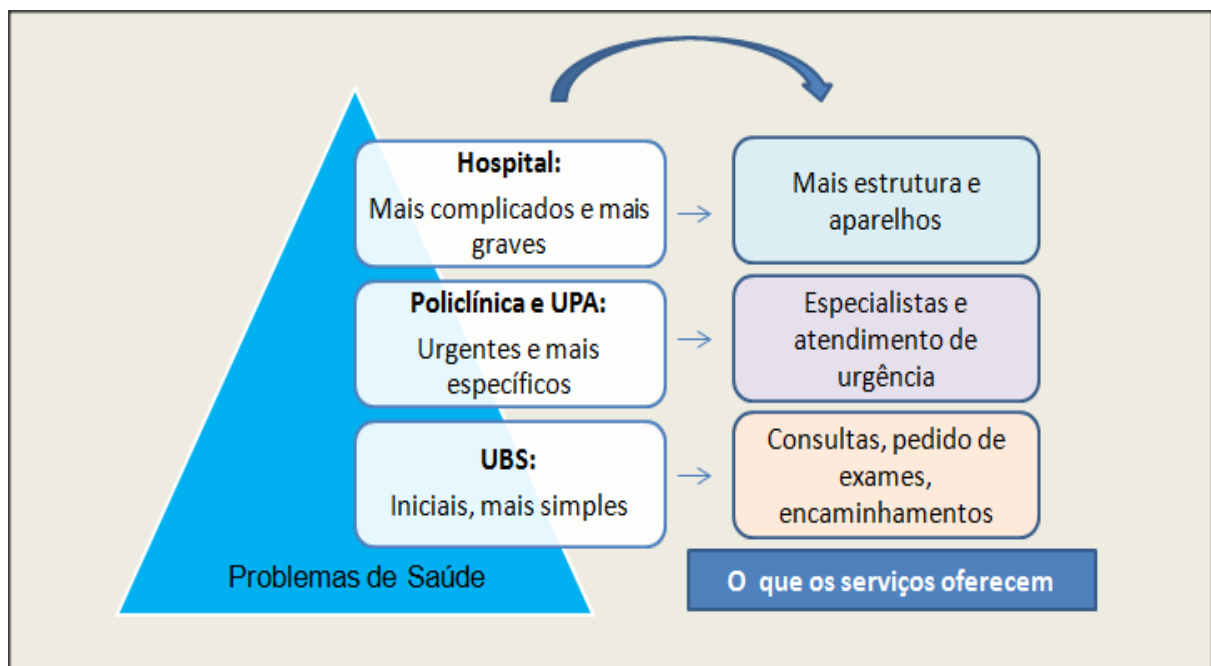
Quando eu passo mal, eu vou para o hospital. Aí eu vou, quando eu tiver morrendo mesmo, aí eu vou para o hospital (E12, F, 46 anos).

E na época também, aí já foi por conta do SUS também, do sistema, com o urologista eu fiz cirurgia de vasectomia. Era diferente, tinha que ser especialidade [...] eu procurei as especialidades, mas sempre o clínico geral resolveu os problemas (E13, M, 46 anos).

Os problemas de saúde se resolvem em serviços diversificados, a UBS é reconhecida como a que tem menos equipamentos médicos, que identifica os problemas e atende os casos mais simples e de menor gravidade; as especialidades se atem aos casos específicos, o hospital atende os casos mais graves e que precisam de mais equipamentos.

Há uma indicação das pessoas de suas preferências à UBS quanto ao atendimento em relação à adequação/resolução das suas necessidades. A Figura 7 mostra a organização do sistema de saúde na perspectiva dos usuários.

FIGURA 7- ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO ATENDIMENTO DE DEMANDAS



Fonte: Elaborado pela autora (2015-2018).

No Atendimento de Demandas os usuários sabem onde seus problemas físicos podem ser atendidos, o que, de certa forma, dá a ideia que eles conhecem o serviço que lhe é apresentado. O diagrama mostra o sistema de saúde no formato de uma pirâmide. Na base, parte mais larga que representa a APS, estão localizados os problemas mais simples e o lugar preferencial de atendimento para os usuários, caso não constitua uma urgência médica e, demande menos recursos tecnológicos. Na parte central da pirâmide que representa a Atenção

Secundária, para onde as pessoas se dirigem em situações de urgência ou quando encaminhadas às especialidades. No topo da pirâmide, seriam onde se destina os casos mais complicados, quando não é possível resolver na própria UBS.

Há o reconhecimento de Investimento Público Insuficiente que requerem provimentos governamentais e municipais de recursos financeiros para a melhoria da saúde.

Eu penso o seguinte que deve melhorar mais, na minha opinião, o estado, que quer dizer principalmente os órgãos Federais, tinha que melhorar. É muito desrespeito em relação ao dinheiro público. É falta de honestidade mesmo dos políticos, que eles não têm consciência política. Que a política é isso, que se eles trabalharem, o Brasil é país riquíssimo, é um dos países mais ricos que existe se a pessoa, se o político soubesse explorar a riqueza que ele tem pra usar pra benefício pra nós que usamos o trabalho, o serviço de saúde da unidade pública que é o SUS (E02, F, 41 anos).

[...] Então eu acho isso aí, né, melhorar a saúde, é isso aí, a prefeitura, o governo ajudar no caso de infraestrutura de esgoto e água, né? [...] (E13, M, 46 anos).

Procuramos algodão, não tem, procuramos a pomada, não tem. Então é o seguinte, fica difícil, você entendeu? E o seguinte, quem for cobrar isso aí tá cobrando um direito dele, porque a constituição é clara sobre o problema da saúde, a constituição ela é muito clara sobre isso, né, quando ela fala que a saúde é obrigação do governo é porque a gente paga imposto para isso (E17, M, 66 anos).

Há o reconhecimento da necessidade de maiores investimentos públicos na área social e da saúde e que o baixo investimento atualmente se faz presente e é sentido por meio da escassez de recursos materiais.

Entretanto, face às dificuldades notadas nos serviço, relata-se que existe Satisfação das Necessidades e que ela acontece quando há um bom atendimento pelos profissionais de saúde.

[...] eu sempre fui muito bem recebida, as minhas necessidades sempre foram muito bem atendidas, os profissionais daqui sempre foram muito bons, principalmente com o meu filho, não tenho nada que questionar aqui não (E01, F, 33 anos).

São bem atendidas. Sempre que eu procuro eu consigo, me atende bem, né? Sempre assim (E07, F, 64 anos).

Eu acho que eles me tratam bem, sempre que eu precisei eles atenderam bem todo mundo, não tenho que reclamar de ninguém, todo mundo sempre quando eu precisei, sempre o que eles podem fazer aqui, eles fazem, né? O que às vezes não deu certo, não dependia deles, mas o que eles podem fazer

para mim, sempre eles fazem. Eu não tenho nada que reclamar (E08, F, 54 anos).

Eu só tenho a concluir que eu estou satisfeita com o atendimento aqui sim e, as pessoas aqui são tranquilas, a Dra. L. é uma boa médica, a ginecologista, Dr. M. é um bom médico, um bom pediatra (E26, F, 39 anos).

O atendimento atencioso teve grande importância para as pessoas que, mesmo diante das fragilidades encontradas no dia a dia dos serviços, que precisam melhorar para que a saúde das pessoas também melhore, se sentem satisfeitas.

A Satisfação das Necessidades passa também pela questão da resolutividade nos serviços.

Até esse momento já estão sim, estão sendo atendidas aqui (refere-se às necessidades). Todas as horas que eu preciso já foram atendidas, continuam sendo atendidas (E02, F, 41 anos).

São, as necessidades nossas são. Minha esposa, sempre que a gente precisa, sempre que deu para resolver aqui, resolveu. (E13, M, 46 anos).

Ah, porque sempre que eu tenho que fazer uma consulta, um dia depois eles estão ligando para lá (refere-se que à ligação para informação do agendamento da consulta) (E21, M, 18 anos).

Houve respostas positivas nos casos acima, pois as pessoas conseguiram resolver o que buscavam. Os conceitos apresentados nessas quatro categorias deram origem à **Teoria da Atenção às Necessidades em Saúde: um olhar sensível para além da doença**, que será trabalhada a seguir.

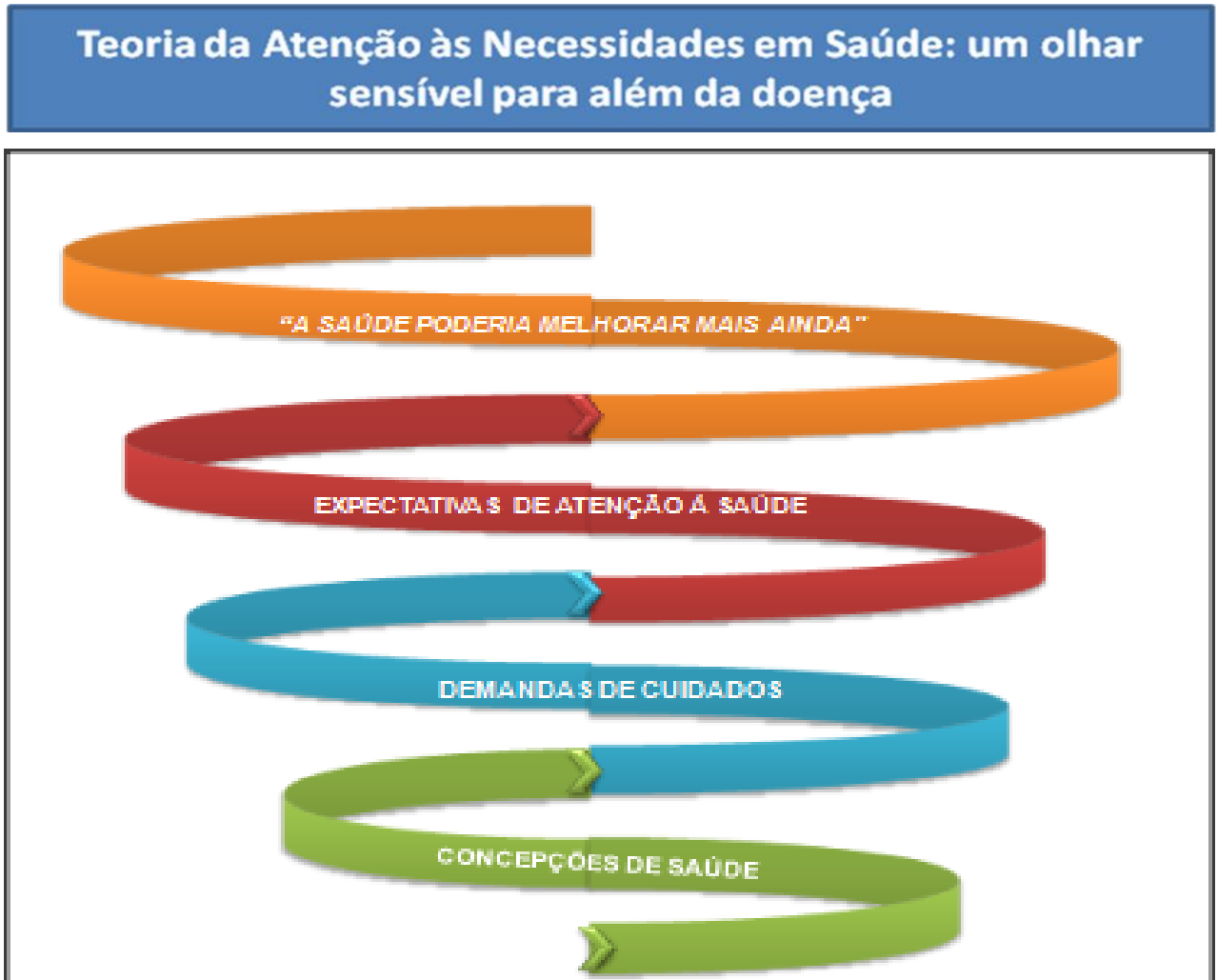
4.1 APRESENTANDO A TEORIA SOBRE NECESSIDADES EM SAÚDE

Os dados indicam uma categoria central, ou seja, a teorização das necessidades em saúde, denominada de **Atenção às Necessidades em Saúde: um olhar sensível para além da doença**, pois ela reúne e estabelece as conexões entre os conceitos apresentados até o momento.

A categoria central se denomina de tal forma, pois para **atender** as **necessidades**, que são relativas a aspectos da **saúde** das pessoas, é preciso um **olhar sensível** de profissionais compatível com as expectativas de **atenção à saúde** dos usuários, uma vez que correspondem a formas de cuidado que incluem questões subjetivas das pessoas e não somente voltadas para a **doença**.

A figura 8 apresenta a categoria central e sua relação com as demais categorias.

FIGURA 8 – TEORIA DA ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES EM SAÚDE: UM OLHAR SENSÍVEL PARA ALÉM DA DOENÇA



Fonte: Elaborado pela autora (2015-2018).

O diagrama tem o formato de espiral em que as categorias **Concepções de Saúde**, **Demandas de Cuidados**, **Expectativas de Atenção à Saúde** e a “*A saúde poderia melhorar mais ainda*”, apresentam-se de forma interligadas e, não linear, se complementando para a constituição da **Teoria da Atenção às Necessidades em Saúde: um olhar sensível para além da doença**.

A espiral se inicia em **Concepções de Saúde**, para representar que é a categoria que fundamenta as demais. Depois passa pelas **Demandas de Cuidados**, que seriam as necessidades que fazem as pessoas buscarem pelos serviços de saúde. Em sequência vem as **Expectativas de Atenção à Saúde** que se apresenta próxima e diretamente ligada às

Demandas de Cuidados e, por último, “*A saúde poderia melhorar mais ainda*”, que apresenta a forma que as pessoas veem a realidade dos serviços em relação às necessidades. Essas categorias, de forma articulada, integram a teoria.

As **Concepções de Saúde** das pessoas são definidas como: Bem Estar físico, mental, social, e espiritual e, “Ficar com mais saúde ainda, não deixar a doença bater”. O conceito tem a sua Origem nas experiências pessoais, familiares e com profissionais de saúde. O Autocuidado, a Qualidade de Vida e as Relações Sociais e Afetivas favorecem a saúde e o Ambiente, onde as pessoas vivem e interagem, pode afetá-la.

Por meio de concepções de saúde surgem as **Demandas de Cuidados**, que constituem a causa inicial que levam as pessoas a buscarem pelos serviços de saúde por Questões Orgânicas do Corpo e Atendimentos, principalmente médico, a fins preventivos, curativos e diagnósticos.

No encontro com os profissionais, seja na comunidade ou em serviços de saúde, existem **Expectativas de Atenção à Saúde**, que se referem às formas de atendimento esperadas como “Ser Acolhido”, estabelecer Relações de Confiança e “Sair com a Resposta”, que envolvem a articulação entre Competências Profissionais técnicas e humana, e Informações necessárias para o cuidado.

A visão das pessoas é que “*A saúde poderia melhorar mais ainda*”. Os serviços se organizam pelo Atendimento de Demandas, em níveis distintos pela qualidade dos problemas que lhes são apresentados, tendo como características: o trabalho dos profissionais com Foco na Medicalização, a Falta Explicações Necessárias, Falta Médicos, Investimento Público Insuficiente e Tempo de Espera Prolongado. Mesmo diante das dificuldades, considera-se que há Satisfação das Necessidades em saúde pelo bom atendimento e respostas encontradas ao que buscam.

Assim, as Necessidades em Saúde das pessoas estão atreladas: as suas concepções de saúde, baseadas nos valores atribuídos à vida, fruto do ambiente social; às Demandas de Cuidados e às Expectativas de Atenção à Saúde. A visão que os usuários constroem dos serviços de saúde em relação às suas necessidades mostram que “*A saúde poderia melhorar mais ainda*”.

A Teoria “Atenção às Necessidades em Saúde: um olhar sensível para além da doença”, apresenta o ideário do IS em sua essência, pois a construção das necessidades em saúde estiveram relacionadas ao contexto social das pessoas.

Pode-se dizer, que as necessidades em saúde permeiam todos os conceitos estabelecidos nas categorias do estudo, não existindo um conceito único de uma categoria específica que contemple todo o significado atribuído pelos usuários.

5 DISCUSSÃO FUNDAMENTADA NA LITERATURA

Como já apresentado, a categoria central “Atenção às Necessidades em Saúde: um olhar sensível para além da doença” é construída a partir da inter-relação entre os conceitos: **Concepções de Saúde, Demandas de Cuidados, Expectativas de Atenção à Saúde** e “*A saúde poderia melhorar mais ainda*”. Para discuti-la serão abordadas reflexões acerca desses conceitos que a compõe, fundamentados na literatura.

As **Concepções de Saúde** de usuários presentes nesse estudo vêm de experiências diversas como a familiar, pessoal e com profissionais de saúde, reafirmando a premissa interacionista de que os significados são derivados da interação social (BLUMER; 1969).

Apesar de serem relatos individuais, o que se nota é que as noções de saúde dizem muito das experiências socialmente compartilhadas. Segundo Casagrande (2016), por intermédio do uso da linguagem e de símbolos significantes, o indivíduo internaliza as atitudes do seu grupo social e adota, em relação a si mesmo, a mesma atitude que a comunidade adota em relação a ele.

Neste estudo, a saúde é representada pelos usuários, principalmente, de duas formas, primeiramente com um caráter biológico relacionado a “*Ficar com mais saúde ainda, não deixar a doença bater*”, que se refere a não ter algo que traz limitações à vida, o que é impeditivo de se fazer o habitual.

Segundo Seixas et al. (2016), o modelo biomédico hegemônico, fruto do paradigma cartesiano, está fortemente arraigado na organização dos serviços de saúde e consiste em uma visão biológica e mecanicista do corpo, que precisa ser entendido por partes com a finalidade de conhecer o conjunto. Nele, a saúde é entendida como ausência de doenças.

Considerando a premissa interacionista de que os significados são derivados da interação social, as pessoas inseridas em um contexto marcado por essa visão biológica do corpo, irão adotar concepções parecidas. As noções de saúde encontradas nessa pesquisa, abrangeram o caráter biológico, porém não se limitam a ele, sendo, em segundo lugar, representadas pelo componente social, se constituindo em bem estar mental, social e espiritual. As relações sociais e afetivas, o ambiente em que se vive, a qualidade de vida e o autocuidado se relacionam com saúde para os usuários, não se limitando à ausência de doenças.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde é um completo estado de bem estar físico, mental e social que não restringe somente à ausência de doenças. Entretanto, tal

concepção foi criticada por ser definida pela ausência de doença, a chamada “definição negativa”, pela imprecisão e pela inatingibilidade do completo estado de bem estar, a chamada “definição positiva” (CAMARGO JR, 2018).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) traz uma concepção mais abrangente, no sentido de relacionar a saúde com o contexto social das pessoas, com a qualidade de vida, alimentação e práticas de atividade corporal.

Nota-se, que as noções de saúde, segundo os participantes desta pesquisa, aproximam-se da definição da PNPS, por associar a saúde ao bem estar e ao contexto social. Entretanto, o significado de qualidade de vida não foi relacionado pelos participantes com as ações que são promovidas pelos profissionais da ESF, assim como orienta a política. A qualidade de vida apareceu nos dados como necessidade de melhores condições de vida para ter saúde.

As **Demandas de Cuidado**, que representam aquilo que orienta a busca dos usuários nos serviços, como as Questões Orgânicas do Corpo e Atendimentos, estão fundamentadas nas **Concepções de Saúde**. Os dados mostraram que quando o indivíduo apresenta algum problema de saúde, há uma tentativa inicial de resolvê-lo por conta própria e, caso não haja melhora, ocorre a procura pelo atendimento médico.

A demanda está relacionada à doença e, por isso, a procura por atendimento é pelo profissional médico, que seria o responsável pelo diagnóstico e tratamento, assim como evidenciado em outros estudos (MORAES, BERTOLOZZI, HINO, 2011; SANTOS; PENNA, 2013).

Essa noção de demanda dos usuários aqui apresentada, à luz do IS, corrobora com a concepção de Cecílio (2001) de que a demanda constitui o pedido explícito dos usuários e são necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. Assim, as pessoas irão buscar nos serviços, atendimentos para questões orgânicas, que por sua vez, se adéquem e constituam o que comumente se oferece neles.

Segundo Santos e Penna (2015), a prática na APS ainda está centrada na queixa-conduta, pautada em conceitos biomédicos, sendo preciso transcender o olhar puramente biológico para oportunizar ações mais eficazes para o atendimento das necessidades dos usuários.

Os saberes e tecnologias da clínica médica continuam sendo privilegiados no trabalho da ESF, limitando a potencialidade da dimensão subjetiva para a reconfiguração de um modelo assistencial que atenda às necessidades de saúde (JUNGES et al., 2012; FERTONANI, PIRES, BIFF, SCHERER, 2015; SANTOS, MISHIMA, MERHY, 2018).

Mendes (2015) entende que no SUS ainda se pratica o modelo de oferta de serviços, diferente da gestão baseada nas necessidades de saúde da população. O que faz refletir é que a gestão da APS, voltada para a oferta de serviços com o foco na doença, regula a demanda e a relação dos usuários com a UBS, pois, segundo a premissa interacionista, as pessoas irão se comportar de acordo com o que vivenciam.

Barbosa, Elizeu e Penna (2013) reconhecem que a relação usuário-profissional é também fator preponderante para definir a utilização do acesso e deve estar assentada no processo de mudança do paradigma orientado pelo modelo cartesiano, transferindo o foco à família e à comunidade.

Os resultados da presente pesquisa indicam ao se considerar as necessidades em saúde, deve haver inclusão de tecnologias do cuidado no trabalho dos profissionais, capazes de captar as subjetividades dos usuários, que seriam as tecnologias que Merhy chama de leve.

Merhy (2000) define tecnologias do cuidado em três tipos: tecnologias duras, que estão vinculadas ao uso de equipamentos; as leve-duras que envolvem saberes mais estruturados, como a clínica e a epidemiologia e, as leves que estão implicadas com a produção das relações entre trabalhador e usuário, em que os saberes e as práticas se baseiam na subjetividade.

Para Merhy, quanto mais os profissionais utilizam de tecnologias duras, mais a relação é capturada pelo enquadramento científico tecnológico biomédico e quanto mais tecnologias leves, mais permeável ao mundo e à definição dos usuários das suas necessidades e finalidade do trabalho (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Os dados desta pesquisa mostram que as necessidades em saúde envolvem também questões sociais e afetivas que fazem parte do cotidiano das pessoas. Esses dados corroboram com Arruda, Corrêa e Marcon (2018) quando referiram que as necessidades de saúde não se limitam a adoecimentos, mas abrangem aspectos indispensáveis da vida cultural e social.

As necessidades constituem dimensões do objeto de trabalho para Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, autor de uma das teorias que abordam o processo de trabalho em saúde, com importante influência teórica de Marx e Agnes Heller. Na sua concepção, as necessidades estabelecem aquilo que precisa necessariamente ser satisfeito para que esse ser continue sendo um ser (Mendes-Gonçalves, 1992).

O autor apresenta na saúde, as relações das necessidades com o processo de trabalho:

Deve-se notar que essa sócio-historicidade é a contrapartida da sócio-historicidade dos processos de trabalho, que criam os objetos para as necessidades, enquanto também o inverso é verdadeiro, já que as novas

necessidades criam os sujeitos para os novos processos de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 20).

Segundo Paim (2017), Mendes-Gonçalves buscava a integração crítica entre ensino e trabalho, sendo que seus esforços iam favorável ao sentido da construção do SUS e de um modelo de atenção voltado para problemas e necessidades da população.

Matsumoto (1999) desenvolveu a taxonomia das necessidades de saúde para operacionalização do conceito. Ela foi desenvolvida a partir de conceitos que foram reconceitualizados de diálogos de vários autores e correntes de pensamento, partindo mais especificamente, do caminho de Eduardo Navarro Stotz em sua tese *Necessidades de Saúde: mediação de um conceito*, que além da contribuição com a revisão teórica sobre o tema, já indicava a possibilidade de construção de uma taxonomia (CECÍLIO, 2001; CECÍLIO, MATSUMOTO; 2006).

Hoje é bastante difundida no meio científico e se apresenta em quatro eixos: Necessidade de boas condições de vida; Necessidade de garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; Necessidade de ter vínculo com um profissional ou uma equipe de saúde e Necessidade de autonomia e autocuidado, na escolha do “modo de andar na vida” (MATSUMOTO; 1999).

Os resultados da presente pesquisa apresentaram correspondência com a taxonomia supracitada que será especificada em cada eixo. No eixo das necessidades de boas condições de vida, foi mencionado pelos usuários a influência do ambiente na saúde e a necessidade de qualidade de vida incluindo lazer, alimentação e atividade física.

Sobre as necessidades de garantia de acesso a todas as tecnologias, as semelhanças foram evidentes quando as pessoas relatavam o desejo de serem atendidas, da realização de exames necessários e a forma que esperavam desse atendimento, com mais atenção, escuta e diálogo.

Seguindo para o eixo da necessidade de vínculo, há referência ao estabelecimento de relações de confiança com os profissionais para a manutenção da saúde, ressaltaram a vivência com os ACS.

No último eixo, em relação à necessidade de autonomia e autocuidado, os usuários relataram a necessidade do autocuidado, de responsabilidade com a própria saúde e a importância do recebimento de informação profissional para esse cuidado. O quadro 5, apresenta sinteticamente a correspondência entre os eixos da taxonomia e os significados encontrados nesta pesquisa.

QUADRO 5 - Quadro comparativo: Taxonomia das Necessidades de Saúde e resultados desta pesquisa

Taxonomia das Necessidades de Saúde (MATSUMOTO, 1999; CECÍLIO, MATSUMOTO, 2006).	Necessidades em Saúde. Dados da pesquisa (2015-2018).
Necessidade de boas condições de vida.	Boa alimentação, boa moradia, lazer, atividade física, trabalho, relações sociais e afetivas.
Necessidade de garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida.	Atendimento preventivo, curativo diagnóstico, atenção, diálogo e escuta.
Necessidade de ter vínculo com um profissional ou uma equipe de saúde.	Relações de confiança e acolhimento.
Necessidade de autonomia e autocuidado.	Autonomia, responsabilização, informação.

Fonte: Elaborado pela autora (2015-2018).

Pode-se dizer que a Teoria da Atenção às Necessidades em Saúde: um olhar sensível para além da doença está contemplada na Taxonomia. Entretanto, não segue a lógica descritiva e linear da taxonomia em relação à sua construção, em que as necessidades são representadas por quatro eixos. As necessidades em saúde se mostram interdependentes e se integram para constituir a teoria.

Pode-se dizer que o presente estudo avança nos seguintes aspectos: fundamenta as necessidades em saúde em concepções de saúde apresentando suas origens; apresenta a relação das **Demandas de Cuidados**, que seriam necessidades verbalizadas nos serviços, com as necessidades em saúde, que incluem necessidades subjetivas, como as apresentadas nas **Expectativas de Atenção à Saúde** e, por último, apresenta a forma que se vê os serviços e como ele se relaciona com as necessidades em saúde.

Os dados da presente pesquisa evidenciam que as necessidades em saúde são também **Expectativas de Atenção à Saúde**, mesmo que elas não sejam ditas no ato da consulta, espera-se receber atenção, carinho e estabelecer relação de confiança com os profissionais de saúde.

Assim como visto nos resultados das pesquisas, de Santos e Penna (2013) e de Santos, Mishima e Merhy (2018), a atenção que os usuários deste estudo buscam vão além das demandas expressas e inclui questões subjetivas como, relações de afeto e vínculo. Isso demonstra que nem todas as necessidades serão verbalizadas, mas se houver sensibilidade na forma de atender as pessoas, o profissional pode satisfazê-las.

A espera pela atenção afetuosa é necessidade tanto de mulheres quanto de homens, mesmo que muitos homens busquem os serviços quando percebem que precisam fazer exames ou tratamento. Corroborar-se com Arruda e Marcon (2016) que é importante desconstruir a imagem cristalizada do homem avesso às relações de cuidado e se avance no cuidado centrado no indivíduo e suas particularidades. O Interacionismo Simbólico vislumbra possibilidades de ressignificação que, neste caso, seria da imagem que se tem do homem em relação ao cuidado com a sua saúde, uma vez que traz a ideia de que não há determinismo cultural.

O bom profissional é aqui descrito como aquele que tem competências técnicas e humanas, que sabe ouvir, esclarecer dúvidas e que não trate somente de doenças orgânicas do corpo. As pessoas esperam ser acolhidas e reconhecidas nas particularidades que possuem.

O acolhimento proposto pela PNH (BRASIL; 2013) significa reconhecer o outro com suas necessidades de saúde, por meio de uma escuta qualificada garantindo acesso às tecnologias adequadas. O acolhimento tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre profissionais e usuários com sua rede socioafetiva.

A forma de abordagem profissional nos encontros com o usuário pode aumentar a sua confiança e segurança, o que irá contribuir para o estabelecimento de vínculo, favorecendo o plano terapêutico. Vários estudos reconhecem a importância do vínculo e da escuta apurada dos profissionais para a satisfação das necessidades de saúde (MORAES, BERTOLOZZI, HINO, 2011; CECÍLIO; LACAZ, 2012; FRANCO et al., 2012; STORINO, SOUZA, SILVA, 2013; CAVALCANTI et al, 2014; MAGALHÃES et al., 2016; SANTOS, MISHIMA, MERHY, 2018).

O vínculo é uma relação baseada na afetividade e confiança, estabelecida ao longo do tempo e que contribui para perceber sutilezas e tornar possível a efetividade das práticas em saúde (BARROSO; PENNA, 2016). O vínculo vai além da adesão em um serviço, é um encontro de subjetividades (CECÍLIO; 2001).

Então, as demandas, inicialmente apresentadas como tal, podem ser na verdade um pedido de olhar para outras dimensões, psicológicas e sociais da família, o que faz necessário superar a prática centrada na exclusividade da dimensão biológica, ampliar a escuta e

reconsiderar a perspectiva humana na interação entre profissionais e usuários (SANTOS; PENNA, 2013).

Corroborar-se também com Santos, Mishima e Merhy (2018) quando inferem que os usuários comumente utilizam da queixa clínica relacionada ao sofrimento físico para entrar no serviço, pois ela é moeda de troca para o atendimento. É como se a doença fosse a justificativa para garantia do atendimento médico.

Então se pode afirmar que as demandas de cuidados relacionadas às questões Orgânicas e atendimentos se constituem necessidades em saúde, mas não se limitam a elas. As pessoas têm outras necessidades, como receber uma **Atenção à Saúde**, baseada na atenção, carinho, respeito e no estabelecimento de relação de confiança para que possam sair com a resposta dos serviços.

A busca objetiva dos profissionais pelos problemas do corpo biológico tem feito com que sua ação esteja centrada nos procedimentos técnicos, esvaziada de interesse no outro, com escuta empobrecida, perdendo-se a dimensão cuidadora das ações em saúde em potência e eficácia (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

O que se nota é a prevalência nos serviços de saúde do modelo de atendimento individualizado, voltado para queixas, em que não há escuta, não há singularização de necessidades e sim a reprodução mecânica e serializada de procedimentos (CECÍLIO; LACAZ, 2012; FERTONANI; PIRES; BIFF; SCHERER, 2014). Os resultados desta pesquisa são coincidentes quando os usuários falam que não há questionamento de possíveis causas de problemas de saúde e quando o profissional os vêem somente como uma ficha de atendimento que precisa liberar logo.

Muitas vezes os usuários se deparam com o atendimento de um profissional frio e isso o distancia das suas Necessidades em Saúde, pois é a escuta, o diálogo e o interesse pelo outro, associado aos conhecimentos técnicos que se espera. Estudo realizado na ESF mostrou que, embora haja percepção dos profissionais quanto à importância da escuta e do acolhimento das pessoas, não há uma legitimação de que isto se constitui necessidade de saúde, fazendo parte de seu instrumento de trabalho. As expressões de subjetividades parecem ser detectadas pelos profissionais como produto de vulnerabilidade social que fragiliza as pessoas (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Face à forma de organizar os serviços, que ainda se coloca distante das necessidades em saúde das pessoas, é que se acredita que a **“A saúde poderia melhorar mais ainda”**.

Houve relatos das dificuldades em conseguir atendimento médico tendo como justificativa, dos entrevistados, o número insuficiente desses profissionais em relação aos

usuários. Estudo sobre avaliação do acesso em uma metrópole brasileira na perspectiva dos usuários da ESF mostrou resultados parecidos, e que o acesso foi dificultado pela falta de recursos humanos, por problemas de organização e uso do acolhimento como barreira ao acesso (CAMPOS et al., 2014).

Outro estudo, sobre a ótica dos profissionais de saúde, em relação ao acesso na APS foi visto que existe pouca sensibilidade nos movimentos do cotidiano no que tange às necessidades reais da comunidade e à identificação de seus verdadeiros problemas para uma construção coletiva que melhore o acesso e que transforme em efetividade de bem estar para a população (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013).

Os participantes revelaram a prescrição de cuidados com Falta de Explicações Necessárias em relação à própria saúde. Para Seixas et al. (2016), no modelo biomédico, é desejável que o sujeito, atrás do corpo com seu saberes, desejos e experiências, não interfiram na leitura profissional da disfunção que o corpo se apresenta. Nesse modo de operar, segundo esses autores, há uma baixa resolutividade frente às necessidades e demandas de saúde e disseminação de práticas prescritivas e autoritárias.

Há que se considerar também que, as necessidades de saúde, definidas tecnicamente por meio da epidemiologia e, as práticas estabelecidas por meio da Programação em Saúde, que se configuram em uma carga grande de procedimentos obrigatórios, definem e ao mesmo tempo limitam o repertório de ação dos profissionais, pois desconsideram as singularidades e oferecem poucas tecnologias para o cuidado e para lidar com os aspectos subjetivos envolvidos no processo de viver e de adoecer (FEURWERKER; 2005).

Dessa forma, há que se pensar em uma organização dos serviços em função das necessidades em saúde, que favoreça a captação dos aspectos subjetivos pelos profissionais por meio do emprego de tecnologias leves. Pensar na formação e educação permanente dos profissionais e na valorização desses aspectos não quantificáveis no trabalho em saúde e, não somente de metas de atendimentos, que são impostas aos profissionais principalmente da ESF, pode ser um caminho que favoreça o atendimento das necessidades em saúde. Os profissionais de saúde, principalmente da ESF, precisam ser apoiados para adotar postura assistencial adequada ao que realmente é importante para os usuários.

Corroboramos com Seixas et al. (2016) quando afirmam que existem infinitas possibilidades para levar a integralidade para o cotidiano do trabalho e que, talvez, a primeira, seja fazer uma reflexão sobre o projeto ético-político que mobiliza e pauta o processo de trabalho em saúde.

O trabalho de profissionais que se destacou nesta pesquisa em relação às necessidades em saúde na ESF foi o dos ACS na comunidade. Esse é um trabalho significativo para os usuários, pois são eles que levam informações do serviço até o domicílio, passam para saber como as pessoas estão passando, dando abertura ao diálogo. Tudo isso reforça novamente o valor atribuído às necessidades de escuta, de diálogo e relações afetivas, que é preciso fazer parte da **Atenção à Saúde**.

Em estudo sobre assistência integral à saúde do homem, foi visto que a visita domiciliar constitui como uma estratégia para o reconhecimento das necessidades (CAVALCANTI et al., 2014) reforçando os resultados encontrados nessa pesquisa.

Para Seixas et al. (2016) a integralidade é uma prática de produção do cuidado que reconhece a forma singular das pessoas, do seu modo de viver, de pensar e estar no mundo e, a atenção no domicílio seria um dos espaços mais potentes para promover práticas integrais, pois faz com que profissionais adequem o cuidado à realidade da pessoa e família e se desnudem de juízos de valor que se carrega.

Dentre os quatro eixos da integralidade descritos por Ayres (2009) como das necessidades, das finalidades, das articulações e das interações, o Eixo das Necessidades, que diz respeito à qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta às necessidades, não restringe somente aos distúrbios do organismo morfológicos ou funcionais, apresenta semelhança com os achados desta pesquisa.

Segundo Santos, Mishima e Mehy:

Integralidade implica no compromisso com uma atenção resultante de práticas direcionadas às necessidades objetivas e subjetivas das pessoas em seu contexto social, apreendidas e transformadas em ações por uma equipe multiprofissional, como a equipe de Saúde da Família (SANTOS; MISHIMA; MEHY, 2018, p.862).

Os serviços precisam se adequar às necessidades apresentadas, envolvendo não somente a doença no cuidado, mas também as questões sociais, ambientais, o desenvolvimento da autonomia e *empowerment* para o autocuidado.

Este estudo reafirma o que se apresenta na Política de Promoção da Saúde (BRASIL; 2006), que a promoção da saúde contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades em saúde. Os resultados encontrados resgatam os cinco campos de ação da promoção da saúde, da Carta de Ottawa: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento das habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (OTTAWA, 1986).

Os resultados da presente pesquisa, de que o vínculo com o profissional é importante, que o ambiente pode afetar a saúde das pessoas e o reconhecimento da importância dos ACS na Atenção à Saúde, reforçam a posição estratégica da ESF no atendimento das Necessidades em Saúde.

As respostas de que havia satisfação das necessidades, tendo como justificativa ter o atendimento que se busca e na forma de ser recebido nos serviços, como ser bem atendido e de maneira atenciosa, reafirma que as Demandas de Cuidados e Expectativas de Atenção à Saúde esperada constituem necessidades em saúde. Esses resultados corroboram com Santos e Penna (2015) de que a satisfação das necessidades acontece quando existem bons relacionamentos com profissionais /serviços e resolutividade clínica.

No esforço por garantir os princípios do SUS e a constante melhoria dos serviços por ele prestados e por melhorar a qualidade de vida de sujeitos e coletividades, é urgente superar a cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e necessidades da sociedade (BRASIL, 2006). Caso contrário, continuaremos como mostra Seixas et al. (2016), fala-se muito em integralidade para disfarçar práticas autoritárias, sem que nada de novo surja na produção do cuidado.

Segundo Cecílio (2001, p. 127), a integralidade, a equidade e a universalidade, que constituem princípios doutrinários do SUS, só poderão ser implementadas de forma plena se:

trabalhadas a partir da apropriação e reconceitualização das necessidades de saúde pelos trabalhadores em suas práticas, nos mais variados serviços, e pelos gestores, na construção da lógica mais “macro” da atenção (CECÍLIO, 2001, p.127).

As necessidades em saúde baseadas nos dados ainda se mostram distantes do que os serviços oferecem e assim, como Cecílio coloca, os profissionais precisam reconceitualizá-las, caso contrário, continuarão atuando em função somente das demandas de cuidados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

[...] as pesquisas nos conduzem
para um entendimento maior
de como o mundo funciona.
(Strauss e Corbin)

A teoria da Atenção às Necessidades em Saúde: um olhar sensível para além da doença, produto desta tese, apresenta indicativos a serem considerados no planejamento e organização dos serviços de saúde, tanto no sentido de repensar no cuidado que já vem sendo ofertado, as suas fragilidades, quanto de implementar ações adequadas às necessidades da população.

Apesar da busca inicial dos serviços de saúde pelos usuários acontecer devido às questões orgânicas do corpo e ao atendimento preferencialmente médico, as necessidades em saúde também são outras e exigem um olhar sensível dos profissionais para serem captadas e atendidas.

Para apreender tais necessidades aqui apresentadas, foi preciso entender os significados que as pessoas atribuíam a certas coisas e, nesse processo, visitar as noções de saúde foi fundamental, pois trouxe à tona experiências, valores e crenças do contexto social, que iam ao encontro com o olhar interacionista. Sugere que, ao desenvolver estudos sobre necessidades de saúde, busque também quais são as concepções de saúde dessas pessoas.

Pôde-se perceber um descompasso entre as necessidades em saúde mais subjetivas como atenção, carinho e escuta qualificada e a oferta de serviços, quando os profissionais se voltam para a medicalização de doenças e falta diálogo com os usuários.

A busca por atendimento principalmente médico e tratamento, diz muito das experiências das pessoas nos serviços de saúde. Sob o olhar interacionista, o significado é fruto da interação entre as pessoas e de suas experiências, conduzindo sua forma de agir. As demandas de cuidado são “moldadas” por aquilo que o profissional valoriza em relação à saúde das pessoas.

Dessa forma, vislumbra-se a necessidade de oferta de ações de promoção da saúde e centradas no indivíduo, pois abre portas para as pessoas se expressarem, para desenvolverem autonomia, para o autocuidado e para atender as necessidades em saúde mais subjetivas.

As concepções de necessidades em saúde se tecem no cotidiano, por meio de experiências interativas aparentemente simples, mas permeadas de interesse pelo outro e, por isso, de grande valor para as pessoas. A visita domiciliar apresentou com grande potencial

para atendê-las, por meio do trabalho dos ACS ou de outros profissionais, pois se mostrou como uma abertura de espaço para o conhecimento das especificidades de cada família.

Entende-se que os pressupostos que norteiam essa pesquisa foram ratificados, pois os significados de necessidades em saúde estiveram atrelados aos valores atribuídos à forma de cuidado, às questões subjetivas relacionadas ao contexto de vida das pessoas.

Confirma-se a tese defendida, uma vez que as necessidades em saúde foram baseadas em experiências ao longo da vida das pessoas, associadas ao contexto social e, estão diretamente relacionadas com a Atenção à Saúde ofertada pelos serviços e apontam caminhos para uma assistência que incorpore as subjetividades e vá além da que focaliza somente a doença.

A teoria construída nesta pesquisa diz respeito a uma realidade do município de Nova Lima, mais especificamente de usuários de uma UBS, podendo assim ser classificada como uma teoria substancial. Dessa forma, para validá-la como uma teoria formal, sugerem-se estudos em municípios distintos e também em outros níveis de atenção à saúde sobre o tema e com essa metodologia.

Sobre a TFD, penso que apesar da complexidade em desenvolvê-la, de demandar muito tempo para análise e releitura frequente de todas as entrevistas nesse processo, a teoria resultante se mostra extremamente útil para aplicação na prática e possibilita a compreensão mais profunda dos significados que as pessoas atribuem às coisas. O fato de poder modificar as questões de pesquisa iniciais favorece muito esse aprofundamento. O que pude perceber foi que estudos anteriores sobre o tema, com outras abordagens metodológicas, somente apresentavam concepções de necessidades de saúde e, a TFD, permitiu ir além, desenvolvendo uma teoria e mostrando como as pessoas constroem os conceitos que a constituem e como eles se relacionam.

Uma das maiores dificuldades enfrentadas por mim na pesquisa foi me despir enquanto profissional da área da saúde, com experiência na ESF, com muitos pré-conceitos, e buscar compreender as necessidades a partir das perspectivas das pessoas. Foi preciso inúmeras releituras dos dados e desenvolver mais sensibilidade para “sentir” o que realmente eles me diziam e, não reproduzir uma leitura viciada das “necessidades” já ofuscada pela rotina do serviço.

No início da análise, só conseguia visualizar as necessidades relacionadas às demandas de cuidados por questões orgânicas do corpo e de atendimento médico. Foi preciso tempo para amadurecimento pessoal, como profissional e pesquisadora, para enxergar que as

necessidades eram também outras, porém mais subjetivas, e que faziam parte de todas as falas dos participantes.

A formação em saúde precisa estar orientada para as necessidades em saúde e, deve haver maior valorização no atendimento às subjetividades nas políticas públicas de saúde. Às vezes ressalta-se o quantitativo de consultas para o alcance de metas em saúde, sem levar em consideração o significado que um determinado atendimento profissional teve para aquela pessoa.

Em relação ao referencial teórico do IS, me tornou mais sensível, já que dotava de significados e sentidos às atitudes das pessoas que antes me pareciam isoladas e distantes de um contexto social. Pude perceber que a vida é uma teia de relações, que o indivíduo interage a todo o momento e, por meio de suas experiências, dá significado a ela e esse significado conduz sua maneira de agir no mundo.

Assim, pode-se dizer que a **Teoria da Atenção às Necessidades em Saúde: um olhar sensível para além da doença** oferece um modelo útil para compreender as concepções de necessidades em saúde de usuários, podendo trazer contribuições para o cuidado em saúde. Espera-se que os resultados desta investigação possam somar subsídios que contribuam para a organização dos serviços e planejamento das ações de saúde por profissionais para um atendimento mais humano e qualificado das necessidades em saúde. Reforça-se que deve repensar na forma de organização dos serviços e incorporar práticas principalmente de promoção da saúde na ESF.

Sabe-se que uma teoria com base nos dados está aberta a novas reformulações, até mesmo porque a cada nova experiência as pessoas podem ressignificar noções anteriores. Dessa forma, novos estudos, como este, podem trazer outras contribuições.

Esta pesquisa me mostrou questões encobertas no dia a dia da atuação profissional, onde a rotina enquanto enfermeira, com várias atribuições, até então não me permitiu alcançá-las. Ela me propiciou ver além do aparente, do que está por trás de uma simples busca da pessoa por tratamento no serviço. Colocou-me reflexiva sobre a importância de olhar o outro de forma diferente, tentando entender o que está nas entrelinhas. Colocou-me alerta de como o trabalho de profissionais, entre eles o do enfermeiro, por ser a minha formação, pode caminhar no sentido das necessidades em saúde das pessoas.

Termino esta tese, entendendo que o doutorado foi para mim uma transcendência, pois me fez ver além do que está na superfície e representa o início de um olhar mais acurado e sensível da realidade. Este trabalho influenciará em minha atuação no atendimento direto aos usuários assim como na formação de pessoas.

Fica a ideia de que, nós profissionais da área da saúde, só conseguiremos atender as necessidades em saúde se mudarmos a nossa forma de olhar para as pessoas.

Conheça todas as teorias, domine
Todas as técnicas, mas ao tocar
Uma alma humana, seja apenas
Outra alma humana.

Carl Gustav Jung

REFERÊNCIAS

- ARRUDA G. O; CORRÊA, A. C. P; MARCON, S. S. Understanding the health needs of adult men: a male perspective. **Rev Rene**. v. 19. 2018. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324054783017>>. Acesso em: 08 nov. 2018.
- ARRUDA; MARCON. Reflexões sobre o cuidado ao homem adulto doente no âmbito familiar. **REUFMS**. v. 6, n. 2. 2016.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29. dez. 2004.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc**; v.18 suppl, p.11-23, 2009. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>>. Acesso em: 19 nov. 2018.
- BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L. Teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. **Revista de Enfermagem**, n. 3, p. 177-185, mar. 2011.
- BARBOSA, S. de P.; ELIZEU, T.; PENNA, C. M. M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 8, p. 2347-2357, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2017.
- BARROSO, V. G.; PENNA, C. M. de M. Sentimento de Pertencimento na Constituição do Vínculo em uma Autogestão de Saúde Suplementar. **Cienc Cuid Saude**, v. 15, n. 04, p. 616-623. out/dez 2016,
- BLUMER, H. **Symbolic Interactionism: perspective and method**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1969. 208 p.
- BLUMER, H. Social psychology. **Man and society: a substantive introduction to the social science**. SCHMIDT, Emerson Peter (Ed.). New York: Prentice-Hall, 1937. Cap. 4, p. 144-198.
- BLUMER, H. A natureza do Interacionismo Simbólico. In: MORTENSEN, C. D. **Teoria da comunicação: textos básicos**. São Paulo: Mosaico, 1980. p. 119–138.
- 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.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília, 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 18 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 20 de out de 2018.

CAMARGO Jr. K R. de. On Health Needs: the concept labyrinth. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 2018; n. 34, v. 6. Acesso em: 21 de out de 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n6/1678-4464-csp-34-06-e00113717.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

CAMPOS RTO, FERRER AL, GAMA CAP, CAMPOS GWS, TRAPÉ TL, DANTAS DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate [on-line].** 2014 out [citado em 15 out 2015];38(n. esp):252-64. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>>. Acesso em: 19 de nov. 2018.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L. O.; RÊGO, D. P. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 146-161, 2010.

CASAGRANDE, Cledes Antonio. **Interacionismo simbólico, formação do self e educação:** uma aproximação ao pensamento de G. H. Mead. *Educação e Filosofia*, v.30, n.59, p.375-403. jan./jun. 2016.

CASSIANI, S. H. B.; CALIRI, M. H. L.; PELÁ, T. R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 75-88. dez.1996.

CAVALCANTI, J. da R. D. et al. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4. dez. 2014.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Rio de Janeiro, UERJ, p.113-26. 2001.

CECÍLIO L. C. O; LACAZ F. A. C. O Trabalho em Saúde. Rio de Janeiro: **Cebes**, 2012. 74p. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/70-Trabalho-em-Sa%C3%BAdade.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2019.

CECÍLIO L. C. O; N. F. MATSUMOTO. Uma Taxonomia Operacional de Necessidades de Saúde. 2006. In: PINHEIRO R; FERLA A F; MATTOS R A (orgs.). **Gestão em Redes:** tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio Grande do Sul: Rio de Janeiro: EDUCS/UFRS: IMS/UERJ: CEPESC, 2006. 112p. ISBN: 85-89737-29-2.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada:** guia prático para análise qualitativa. Tradução Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009. 272p.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; COSTA, T. N. A. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.31, n.2, p. 219-26, ago. 1997.

EGRY, E. Y. et al. O projeto necessidades em saúde. In: EGRY, E. Y. (Org.). **As necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores**. São Paulo: Dedone, 2008. p. 37-47.

FRANCO F. A.; HINO P.; NICHATA L. Y. I.; BERTOLOZZI M. R. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. **Esc Anna Nery Rev. Enferm**; v.16, n. 1, p. 157-162, mar. 2012.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface (Botucatu)**. v. 9, n. 18, p:489-506, 2005.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo Assistencial em Saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro , v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: Cebes, 2012. 71 p.

GOMES, I. M. et al. Teoria Fundamentada nos Dados na Enfermagem: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPE On Line**, Recife, v. 9, supl. 1, p. 466-474. jan. 2015.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2016**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=314480>>. Acesso em: 29 de junho de 2017.

JUNGES, José Roque et al . O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 686-697, sept. 2012.

KALICHMAN, Artur Olhovetchi; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. 2016. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n.8. ago 2016.

LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.39, n.1, p.103-108. 2005.

MAGALHÃES A.H.R; PARENTE J.R.F; SILVA M.A.M; PEREIRA I.H; VASCONCELOS M.I.O; GUIMARÃES R.X. Necessidades de Saúde das Mulheres Feirantes: acesso, vínculo e acolhimento como práticas de integralidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2016.

MATSUMOTO NF. **A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do Município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde [dissertação]**. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1999.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde** – Introdução, Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. 193 p.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde: processo de trabalho e Necessidades. São Paulo: **Cefor**, 1992. p. 1-53.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. **Leituras de novas tecnologias e saúde**. MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.

MERHY. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas – Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface Comum Saúde Educ.** v.6, p.109-116. 2000.

MORAES, Paulo Alexandre de; BERTOLOZZI, Maria Rita; HINO, Paula. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev. Esc. Enferm.** USP, São Paulo, v. 45, n. 1. mar. 2011.

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. Marcos teóricos e conceituais de necessidades. In: EGRY, E. Y. (Org.). **As necessidades em saúde na perspectiva da Atenção Básica: guia para pesquisadores**. São Paulo: Dedone, 2008. p. 25-9.

OLIVEIRA, A. C. (Re)significando os projetos cuidativos da Enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 401-405. maio/jun. 2012.

OTTAWA. **Carta de Ottawa**. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. Da teoria do processo de trabalho em saúde aos modelos de atenção. **Saúde, Sociedade e História**. MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno (org). São Paulo-Porto Alegre: Hucitec Editora Rede Unida. 2017, p. 375-392.

PENNA, C. M. M.; FARIA, R. S. R.; REZENDE, G. P. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? **REME Rev. Min. Enferm**, v. 18, n. 4, p. 815-822. out.-dez. 2014.

PESSOA, V. M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.8, p. 2253-2262. ago. 2013.

PIRES, A. P. Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências sociais. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. POUPART, Jean et al. Tradução: Ana Cristina Nasser. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2010. PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA LIMA. **A história da cidade**. Disponível em: <<http://www.novalima.mg.gov.br/historia-da-cidade>>. Acesso em: 10 de out de 2018.

QUEIROZ, E.S. **Abordagem familiar [manuscrito]: uma teoria sobre a experiência de enfermeiro na estratégia Saúde da Família** Belo Horizonte: 2015.166f.: il.Orientador: Cláudia Maria de Mattos Penna. Área de concentração: Enfermagem e Saúde. Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/568D.PDF>>. Acesso em 23 abr. 2016.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.3, 861-870. 2018.

SANTOS, T. V. C.; PENNA, C. M. M. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n.1, p. 149-156. mar. 2013.

SANTOS, T. V. C.; PENNA, C. M. M. Acessibilidade e resolutividade dos serviços de saúde: perspectivas de usuários e profissionais. **Pensar Acadêmico**. Manhuaçu, v. 12, n. 1, p. 98-108. jan-jun, 2015.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970 maio 2010.

SEIXAS, C. T. et al. La integralidade desde la perspectiva del cuidado em salud: uma experiência del Sistema Único de Salud em Brasil. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 12, n. 1, p. 113-123. 2016.

SILVA, J. P. V.; BATISTELLA, C.; GOMES, M. L. Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 159-176.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a estratégia saúde da família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, jan. 2013.

SILVA, M. M. et al. A Teoria Fundamentada nos Dados nos estudos de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Enfermagem brasileira. **Rev. Eletr. Enf**; v. 13, n. 4, p. 671-9. out/dez. 2011.

SOUZA, C. R.; BOTAZZO, C. Construção social da demanda em saúde. **Physys**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 393-413. jun. 2013.

STORINO, Luisa Pereira; SOUZA, Kleyde Ventura de; SILVA, Kênia Lara. Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade. **Esc. Anna Nery. Rio de Janeiro**, v. 17, n. 4, p. 638-45. dez. 2013.

STRAUSS, A. CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.

TAROZZI, M. **O que é a grounded theory?** Metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados. Tradução: Carmem Lussi. Petrópolis: Vozes, 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

TURATO, E. R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: **Vozes**, 2003. 685p.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1089-1100. dez. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Características dos participantes do estudo

Entrevistado	Idade	Sexo	Filhos	Escolaridade	Ocupação	Estado Civil	Doença Crônica	Tipo de serviço utilizado e frequência	Tempo total de uso
E01	33	F	2	Ens. Médio Cp.	Do lar	Solteira	Não	Só público, muito frequente (mensal)	Usa há 9 anos
E02	41	F	6	Ens. Médio Cp.	Cozinheira e cuidadora de idosos	Solteira	Não	Só público, muito frequente (mensal)	Usa há 60 dias
E03	34	F	2	Ens. Médio Cp.	Técnica de dentista	Solteira	Não	Só público, pouco frequente	Raro, não sabe.
E04	28	F	1	Ens. Médio Cp.	Assistente de gerente	Solteira	Não	Convênio e usa pouco o público (somente vacinas filho)	Usa há 1a 4m
E05	26	F	1	Sup. Incp.	Consultora de vendas	Casada	Não	Convênio e público (usa frequente para controle da filha)	Usa há mais de 7 anos
E06	64	F	3	Analfabeta	Aposentada	Viúva	HAS	Público, muito frequente (1x/mês)	Usa há 25 anos
E07	64	F	3	Ens. Fund. Incp.	Aposentada	Divorciada	HAS	Só público e pouco frequente (2 vezes/ano)	Usa há 06 anos
E08	54	F	3	Ens. Médio Cp.	Cuidadora de crianças	Casada	HAS e tireoidismo	Somente público (4 a 5 vezes ano)	Usa há 20 anos
E09	34	F	1	Ens. Fund. Incp.	Emp. Doméstica	Solteira	Não	Só público e pouco frequente	Usa há 5 anos
E10	21 gestante	F	0	Ens. Médio Cp.	Do lar	Casada	Não	Só público e muito frequente (mensal)	Há 3 anos
E11	36	F	2	Ens. Médio Cp.	Autônoma (ornamentação)	Casada	Não	Só público e muito frequente	Há 7 anos
E12	46	F	0	Ens. Médio Cp.	Do lar	Solteira	DM, HAS, psoríase	Só público e muito frequente (mensal)	Há 16 anos
E13	46	M	2	Ens. Médio Cp.	Mestre de obras	Casado	Não	Convênio e predominantemente público (pouco frequente)	Usa há mais de 10 anos
E14	42	M	2	Ens. Fund.	Motorista, desempregado	Casado	Não	Só público e pouco frequente	Usa há mais de 10 anos
E15	54	M	2	Ens. Fund. Incp.	Aux. Lavanderia	Casado	Não	Privado e público (utiliza pouco)	Usa há mais de 10 anos
E16	67	M	3	Ens. Fund. Incp.	Aposentado	Casado	Esferocitose	Privado e público (muito frequente, 2x/semana)	Usa há 4 anos
E17	66	M	14	Ens. Médio Cp.	Aposentado	Casado	Não	Privado e público (acompanhando esposa)	Há mais de 10 anos.

E18	28	M	1	Ens. Médio Cp.	Administrador	Solteiro	Não	Só público	Menos que 1 ano
E19	25	M	0	Sup. Completo	Engenheiro Civil	Solteiro	Não	Só público	Há muitos anos
E20	19 gestante	F	0	Ens. Médio Incp.	Do lar	Casada	Não	Só público	Há mais de 10 anos.
E21	18	M	0	Ens. Fund. Incp.	Estudante	Solteiro	Não	Só público	Há 10 anos
E22	41	M	3	Ens. Médio Cp.	Desempregado	Casado	Não	Mais público e frequente	Há 10 anos
E23	24	M	0	Ens. Fund. Cp.	Motoboy	Solteiro	Não	Mais público e pouco frequente	Há 10 anos
E24	31	M	0	Ens. Médio Incp.	Jardineiro	Solteiro	Não	Só público e pouco frequente	Não sabe
E25	20	F	0	Ens. Médio Cp.	Serviços Gerais	Amigada	Não	Só público e pouco frequente	Há 1 ano
E26	39	F	0	Ens. Médio Cp.	Do lar	Casada	HAS	Mais público e frequente	Há mais de 10 anos.

APÊNDICE B - Instrumento de identificação do perfil dos entrevistados

Código: _____

Você pertence à área de abrangência desse serviço? _____

Nome: _____

DN: ___/___/___ Idade: _____ Sexo: _____

Se mulher não idosa, está grávida? _____

Escolaridade: _____ Ocupação: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

Estado Civil: _____ Número de filhos: _____

Exerce algum tipo de liderança comunitária? _____

Possui alguma doença crônica? _____

Qual (is)? _____

Está fazendo algum tratamento de saúde? _____ Se sim, qual?

Como é a sua utilização dos serviços de saúde: usa apenas o serviço público ou usa o serviço público e o privado? _____

Com qual frequência utiliza esse serviço de saúde? _____ Há quanto tempo utiliza? _____

APÊNDICE C – Roteiros de entrevista

Roteiro de entrevista inicial

- 1) O que são necessidades de saúde para você?
- 2) Quais são as suas necessidades de saúde?
- 3) O que você precisa para ter saúde?
- 4) O que você pensa sobre esse serviço de saúde? E em relação a outros serviços de saúde e as suas necessidades de saúde?
- 5) O que é qualidade de vida para você?
- 6) Qual o papel do Agente Comunitário de Saúde para você?
- 7) Quando suas necessidades são atendidas? Quem atende suas necessidades? Onde suas necessidades são atendidas?
- 8) O que é saúde para você?

Roteiro de Entrevista Intermediário

- 1) O que é saúde para você?
- 2) O que você precisa para ser saudável?
- 3) O que afeta a sua saúde?
- 4) De que forma o serviço de saúde contribui para você?
- 5) O que o leva a procurá-lo?
- 6) O que é cuidado em saúde para você?
- 7) O que o faz buscar pelo serviço de saúde?
- 8) Quais seriam as suas necessidades de saúde?

Roteiro de Entrevista Final

- 1) O que é saúde para você?
- 2) De onde vem esse conceito? Você se baseou em alguma coisa para dizê-lo?
- 3) O que é necessidades de saúde para você? Quais são as suas necessidades de saúde?
- 4) Você acha que as suas necessidades são atendidas nos serviços de saúde?

APÊNDICE D – Exemplo de Codificação Aberta

CÓDIGO DA ENTREVISTA E02

Entrevista	Codificação palavra a palavra	Codificação linha a linha	Codificação Aberta
<p>[P] Em relação assim, você falou do médico, né, o que você acha que o médico tem que atender em relação a você?</p> <p>[E02] Eu acho que ele deve conversar, sentar, explicar, né, a pessoa ouvir o paciente, e principalmente dar ATENÇÃO, por que às vezes tem muitos médicos, profissionais tão bons, que o olho clínico dele vai diagnosticar o que a pessoa tem. Que já aconteceu comigo, por exemplo a pediatra do meu filho, ela deu o diagnóstico da criança com tolerância à lactose olho clínico. Fomos fazer o teste, foi positivo. Então é questão mesmo de qualidade aí, né? A COMPETÊNCIA do médico, a qualidade e ter amor à profissão dele, por que se não tive, todos nós que temos uma profissão a gente tem que ter amor à profissão, por que se não tive não rende. Você vai fazer por fazer, por obrigação, então você precisa ter amor à profissão. Quando a gente escolhe uma profissão, você tem que ter amor àquela profissão que você escolheu porque se não você não vai andar. Você vai estar lá triste, né, digamos assim estou aqui meu Deus só por causa do dinheiro porque eu preciso pagar minhas conta. Então você tem que ter o trabalho, o prazer, você tem que buscar o trabalho e a felicidade junto daquilo ali para poder te satisfazer profissionalmente e também tudo psicologicamente, físico, né? É um trabalho junto e conjunto. Você tem que estar fazendo.</p>	<p>Conversar Explicar, ouvir</p> <p>Diagnosticar</p> <p>Qualidade e competência profissional</p> <p>Ter amor à profissão</p> <p>Fazer por obrigação</p> <p>Satisfação profissional</p>	<p>A Atenção à Saúde tem a ver com a forma de atendimento esperado.</p> <p>Espera-se um profissional atencioso, que escute, oriente e seja qualificado.</p>	<p>Atenção à Saúde</p> <p>Competências humanas e técnicas</p> <p>Ser acolhido</p>

CÓDIGO DA ENTREVISTA E17

Entrevista	Codificação palavra a palavra	Codificação linha a linha	Codificação Aberta
<p>[P] O que é saúde para você?</p> <p>[E17] Saúde eu acredito que seja um bem estar físico, mental e psicológico. Para mim saúde é isso, né?</p> <p>[P] Então seria o físico e o psicológico?</p> <p>[E17] É mental também. Porque psicológico é mental, né, mas tem uma parte da medicina que estuda separado, né, não tem? A saúde psicológica e a saúde mental, não tem?</p>	<p>Saúde</p> <p>Bem estar</p> <p>Físico, mental, psicológico</p>	<p>A Saúde tem a ver com o bem estar físico e mental.</p>	<p>Concepções de saúde</p> <p>Bem estar</p>

APÊNDICE E – Exemplo de Codificação Axial

Código	Varição	Relação com a Categoria
Competências Profissionais	Técnicas a humana	Descreve as características que esperam dos profissionais que irão prestar a Atenção à Saúde.
Ser Acolhido	Explicar, ouvir, dar atenção	Descreve a forma de atendimento que se espera dos profissionais.

Categoria Emergente: Atenção à Saúde

CÓDIGO DA ENTREVISTA E17

Código	Varição	Relação com a Categoria
Bem Estar	Físico, mental, psicológico	Descreve significado de saúde

Categoria Emergente: Concepções de Saúde

APÊNDICE F – Exemplo de Memorando

DATA: 01/02/2016
ORIGEM: entrevista E01, entrevista realizada 01/02/2016
<p>Necessidades em saúde é aquilo que se concretiza em: ser atendido/acolhido quando o usuário precisa ter as condições clínicas boas. Essa <i>atenção à saúde</i> varia: prioritário/imediato, atendimento dos filhos, ser acolhido, ser cuidado, receber atenção. Atender as necessidades de saúde mostra-se dependente do perfil dos profissionais de saúde, pois espera-se um atendimento carinhoso, humano, em que o profissional demonstre se interessar e se importar com o usuário. O cuidado às necessidades de saúde para ser satisfeito requer resolutividade do serviço, garantia de acesso. Já a <i>atenção à saúde</i> requer o estabelecimento de relação de confiança (confiar, acreditar).</p> <p>Existem entraves na <i>atenção à saúde</i> em relação aos profissionais de saúde. Tais barreiras, como por exemplo, experiências negativas anteriores com serviços de saúde vêm como justificativa do perfil desejado dos profissionais.</p> <p>Fiz nove intervenções durante a entrevista (questionamentos e repetição de algumas palavras usadas por ela) e a entrevistada voltava-se muito para o atendimento/relação com o profissional de saúde, demonstrando aí a sua importância.</p> <p>Como pesquisadora em uso da TFD, questiono bastante sobre esta análise, isto é, seria a usuária a autora do que escrevi ou se trata de uma interpretação minha? Por que, às vezes, analisamos e temos o costume de colocar a nossa interpretação sobre o que o usuário está dizendo e estou me policiando para gerar códigos a partir do que o usuário diz e não o que penso sobre. Estou encontrando extrema dificuldade em me despir dos pré-conceitos e descrever o que os dados estão dizendo.</p> <p>As necessidades em saúde, de modo geral é a busca pelo bem estar físico e requer receber bom atendimento por bons profissionais de saúde. Há um foco para o atendimento individual em consultas e pelo profissional médico, mostrando ainda o predomínio do modelo médico centrado.</p> <p>Aparece também na entrevista a questão biológica, voltada para medicamento e exames de alto custo. Fazer exame de alto custo é atender necessidades de saúde, ou seja o atendimento das necessidades de saúde se concretiza também em outros níveis de atenção à saúde.</p> <p>QUESTIONAMENTO: A concepção de necessidades de saúde vinculada às necessidades do outro, se relaciona com o perfil da entrevistada, pelo fato de ser mulher e de ter filhos? Será que as futuras mulheres com filhos pensarão também nas necessidades de saúde dos filhos?</p> <p>Perguntar na próxima entrevista: O que você pensa sobre esse serviço de saúde? Essa pergunta será incluída na segunda entrevista.</p> <p>Percebi na entrevista que quando questionava as necessidades da entrevistada ela dizia que eram as necessidades dos filhos. Ao analisar os dados notei que faltou aprofundar as necessidades próprias dessa entrevistada.</p>

APÊNDICE G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar, voluntariamente, como colaborador da Pesquisa **Necessidades de Saúde: teoria sobre as concepções dos usuários na Estratégia Saúde da Família** sob minha responsabilidade, Amanda Rodrigues Garcia Palhoni, e orientação da Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna. A pesquisa é um dos requisitos para aprovação no Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, do qual participo.

O estudo tem como objetivo principal compreender as concepções de necessidades em saúde de usuários na Estratégia Saúde da Família. A coleta de dados será realizada por meio de pergunta sobre o que são de necessidades de saúde para você. As respostas dadas serão gravadas, se assim for permitido, para ser o mais fiel a elas, estando a sua disposição para ouvir, se assim o desejar.

Espera-se que este estudo possa contribuir para as discussões a respeito de necessidades de saúde, oferecendo subsídios para a orientação das práticas de profissionais de saúde.

Os riscos da pesquisa são mínimos, porém caso haja constrangimento em relação à entrevista, reafirmo que sua colaboração é voluntária, o seu anonimato será garantido e, você não é obrigado a responder, podendo se retirar da pesquisa. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa, publicação em revistas e apresentação em congressos, sem que o seu nome apareça. As gravações e a análise dos dados ficarão sob minha responsabilidade por um período de cinco anos e depois serão destruídos.

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Você poderá contatar também o Comitê de Ética¹ para esclarecimentos sobre questões que envolvam a ética da pesquisa. Esclareço também que você não terá nenhum gasto adicional e nem receberá pagamento com a sua participação.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão.

Atenciosamente,

Amanda Rodrigues Garcia Palhoni

Eu, _____ declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Assinatura: _____

¹ Contatos: Comitê de Ética e Pesquisa – COEP da UFMG: Av. Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II -2º andar -Sala 2005 Campus Pampulha Belo Horizonte, MG -Brasil 31270-901; Fone: 31 3409-4592.

Profª Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867 – Escola de Enfermagem UFMG

Amanda Rodrigues Garcia Palhoni Tel: (31) 99155-7136, (31) 3541-7039