

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ELAINE MIGUEL DELVIVO FARÃO

**NECESSIDADES EM SAÚDE NA VOZ DE USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Belo Horizonte
2020

ELAINE MIGUEL DELVIVO FARÃO

**NECESSIDADES EM SAÚDE NA VOZ DE USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de 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: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem

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

Belo Horizonte
2020

F219n Farão, Elaine Miguel Delvivo.
Necessidades em saúde na voz de usuários da Estratégia de Saúde da Família [manuscrito]. / Elaine Miguel Delvivo Farão. - - Belo Horizonte: 2020.

118 f.

Orientador (a): Cláudia Maria de Mattos Penna.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. 2. Integralidade em Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Enfermagem. 5. Teoria Fundamentada. 6. Atividades Cotidianas. 7. Estratégia Saúde da Família. 8. Dissertação Acadêmica. I. Penna, Cláudia Maria de Mattos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 308

ATA DE NÚMERO 155 (CENTO E CINQUENTA E CINCO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA ELAINE MIGUEL DELVIVO FARÃO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 17 (dezesete) dias do mês de março de dois mil e vinte, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro Lais Netto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "NECESSIDADES EM SAÚDE NA VOZ DE USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA", da aluna Elaine Miguel Delvivo Farão, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Cláudia Maria de Mattos Penna (orientadora), Rosane Gonçalves Nitschke (participou da sessão por videoconferência), Selma Maria Fonseca Viegas, Maria José Menezes Brito (participou da sessão por videoconferência) e Isabela Silva Cancio Velloso, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 17 de março de 2020.

Prof.ª Dr.ª Cláudia Maria de Mattos Penna
Orientadora (Esc. Enf/UFMG)

Prof.ª Dr.ª Rosane Gonçalves Nitschke
(UFSC)

Prof.ª Dr.ª Selma Maria Fonseca Viegas
(UFSJ)

Prof.ª Dr.ª Maria José Menezes Brito
(Esc. Enf/UFMG)

Prof.ª Dr.ª Isabela Silva Cancio Velloso
(EE/UFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

Cláudia Maria de Mattos Penna

Rosane Gonçalves Nitschke

Selma Maria Fonseca Viegas

Maria José Menezes Brito

Isabela Silva Cancio Velloso

Andréia Nogueira Delfino

MODIFICAÇÃO DE TESE

Modificações exigidas na Tese de Doutorado da Senhora **ELAINE MIGUEL DELVIVO FARÃO**.

As modificações foram as seguintes:

~~Area for listing modifications, crossed out with a large X.~~

NOMES

Prof.^a Dr.^a Cláudia Maria de Mattos Penna
Prof.^a Dr.^a Rosane Gonçalves Nitschke
Prof.^a Dr.^a Selma Maria Fonseca Viegas
Prof.^a Dr.^a Maria José Menezes Brito
Prof.^a Dr.^a Isabela Silva Cancio Velloso

ASSINATURAS

[Handwritten signatures]
Prof.^a Dr.^a Selma Maria da Fonseca Viegas
Maria José Menezes Brito

TERMO DE APROVAÇÃO

ELAINE MIGUEL DELVIVO FARÃO

**TEORIA DAS NECESSIDADES EM SAÚDE: TRAJETÓRIAS EM BUSCA DE VIVER
COM QUALIDADE NA EXISTÊNCIA COTIDIANA.**

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. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna – Universidade Federal de Minas Gerais
Orientadora

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

Prof^ª. Dra. Selma Maria da Fonseca Viegas – Universidade Federal de São João del-Rei

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

Prof^ª. Dra. Isabela Silva Câncio Veloso – Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte, 17 de março de 2020.

DEDICATÓRIA

A minha filha Louise, que ainda cresce dentro de mim... o Amor que sinto por você é ao mesmo tempo desafiador e inspirador... que eu seja capaz de compreender sua singularidade e de contribuir para o cuidado de suas necessidades com respeito, sendo porto seguro e abrigo ao longo da vida... que esta Tese possa te impulsionar na busca por compreender as pessoas... a sonhar e a acreditar em um mundo melhor...

AGRADECIMENTOS

E chegar ao momento de agradecer, depois de anos de caminhada na Universidade Federal de Minas Gerais, estudando sobre as necessidades em Saúde, traz um misto de emoções. Chegando ao final, retorno ao começo. Tenho certeza que não chegaria tão longe se não fosse as mãos de Deus me amparando e cuidado dos meus caminhos. Obrigada Senhor por estar comigo nos momentos mais difíceis e decisivos vividos nestes últimos anos, por iluminar meus caminhos com pessoas maravilhosas e que me fizeram aprender muito no caminhar para a construção dessa Tese, por me permitir crescer e ir me tornando quem sou hoje.

Agradeço a minha Professora e Orientadora Claudia Penna, por me orientar nos caminhos da pesquisa, compreendendo minhas dúvidas e muitas ansiedades, ouvindo meus questionamentos nas inúmeras videochamadas realizadas do Mato Grosso do Sul, estando sempre disponível para dialogarmos sobre a Tese. Agradeço por ser presente, por confiar em mim e por me permitir aprofundar no estudo das Necessidades em Saúde. Você faz parte destas pessoas que Deus colocou na minha vida com o propósito de trazer crescimento em diferentes nuances! Agradeço por todo aprendizado nesses seis anos de convivência, desde a orientação no Mestrado, por me impulsionar a crescer e a seguir em frente! Você fez toda a Diferença!

Ao meu Esposo Diogo Farão, por ser meu amigo, companheiro e amante! Você soube compreender minhas dificuldades, meus medos e esteve comigo de mãos dadas durante todo esse caminhar. Por ouvir meus dilemas na análise dos dados, por sempre acreditar em mim! Sou grata por me encorajar a ser mãe, por esperar meu tempo e ser abrigo diante das inúmeras dificuldades que vivenciamos até chegar aqui. Você faz parte da realização desse sonho! Eu te Amo!

Aos meus Pais, Mariza e Sérgio, por serem meu espelho de coragem, luta e determinação! Agradeço por, mesmo diante de tantas dificuldades financeiras, me motivarem a batalhar pelos meus sonhos, por abrirem mão de muito para que eu pudesse estudar e chegar até aqui. Obrigada por sempre me ensinarem tanto sobre a vida e as relações! Vocês me inspiram!

As minhas Irmãs: Luciana, Tatiana, Priscila e Raquel, por todo amor e amizade que temos compartilhado durante a vida! Agradeço por aprendermos tanto unidas no cuidado da Emilly!

Aos meus Primos Aline e Edley e ao meu afilhado Matheus, por abrirem as portas do seu lar com tanto carinho, contribuindo para que eu pudesse realizar as disciplinas do Doutorado. Agradeço pelos inúmeros cuidados que recebi de vocês durante esses últimos anos!

A minha Prima Sheila, por trilharmos tantos caminhos juntas, pela delicadeza no criticar e Amor ao amparar!

Ao meu Primo Lucas, pela amizade e por toda a dedicação na revisão de Português, por compartilhar seus conhecimentos e ensinamentos com dedicação, compromisso e carinho!

As minhas Amigas e Madrinhas Andyara e Juliana, por nossos cafés, encontros e pela amizade sincera que compartilhamos! Por estarem presentes sempre! Vocês fazem parte desta construção!

A todas as crianças da minha vida, em especial: Louise, Emilly, Léo, Lara, Agnes, Matheus, Elis e Davi, por me ensinarem a olhar o mundo com doçura, por me proporcionarem inúmeros momentos de alegria, desafios e gratidão a Deus! A minha pequena Louise tem sorte de poder crescer com vocês!

As minhas Primas e Primos, Tias e Tios, Avós e todos os familiares que compartilharam dessa caminhada. Sou grata pela união da nossa família e por estarem sempre comigo, me fortalecendo nas adversidades!

Aos participantes do estudo, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), por me receberem em seus lares e compartilharem de suas histórias e visão de mundo! Que esta Tese contribua para um cuidado mais humanizado e qualificado.

As Agentes Comunitárias de Saúde do município de Coxim, Erliene, Soliene, Patrícia e Mari, pelo compromisso no acompanhamento e agendamento das visitas domiciliares e pela amizade que construímos nesse tempo.

As Professores que compuseram a Banca de Defesa, Professora Dr^a Maria José Menezes Britto, Professora Dr^a Rosane Gonçalves Nitschke, Professora Dr^a Selma Maria da Fonseca Viegas e Professora Dr^a Isabela Silva Câncio Veloso, pelas críticas construtivas e inspiradoras, contribuindo significativamente no desenvolvimento desta Tese.

Aos Professores da Universidade Federal de Minas Gerais, pelas disciplinas ministradas, pelos ensinamentos compartilhados e por serem pessoas éticas e comprometidas com o ensino de qualidade. Agradeço por enriquecerem minha caminhada com suas experiências e saberes!

Aos amigos de Coxim, em especial, aos Professores, Técnicos e Alunos da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), por me acolherem nos primeiros passos da Carreira Acadêmica, sendo apoio e inspiração nos momentos de desafios! Sou grata pela amizade sincera e pelos inúmeros cafés e orações compartilhados! Especialmente agradeço ao Café das Luluzinhas e ao Conselho de Amigas, por tornarem meus dias mais leves e felizes!!!!

A diretora do Campus, Professora Dr^a Eliene Dias de Oliveira e a Divisão de Capacitação e Qualificação da UFMS pela aprovação de meu afastamento das atividades acadêmicas no Curso de Enfermagem, possibilitando que eu me dedicasse integralmente as atividades exigidas pelo Doutorado.

Aos amigos do Curso de Doutorado em Enfermagem da UFMG pelos momentos vivenciados, em especial a Amanda Palhoni pelo compartilhamento de experiências nos cafés e almoços divertidos!

Sou grata a todos que nesse caminhar contribuíram para que esse sonho fosse concretizado... a todos vocês amigos de jornada, brindo essa Vitória!

Música Inédita

(Pouca Vogal)

*Não faço nada,
Que alguém não tenha feito não,
Não falo nada,
Que alguém não tenha dito então,
Não penso nada,
Nosso futuro é imprevisão,
Alguém me dê a mão,
Nessa calçada,
Vejo que os anos vão chegar,
E cada pegada,
Me mostra um jeito de encontrar,
Todo esse nada,
Com medo de se machucar.
Porque tudo isso então?
Se não há nada,
Porque todos temem perder,
Todo esse nada,
Será a vontade de viver,
Na mesma casa, na mesa que reparte o pão,
Por isso tudo então.*

*Quem é você?
Que se esconde, atrás de um nome qualquer,
Não aparece pra mim,
Estende a mão,
Trazendo a chuva,
Tocando o som do trovão,
Será que vamos saber?
Quem é você?*

Composição: Duca Leindecker

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com o objetivo de construir uma teorização sobre o significado de necessidades em saúde para os usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF). O referencial teórico adotado foi o interacionismo simbólico e o metodológico foi a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Foram entrevistados vinte e três usuários da Atenção Primária a Saúde (APS) do município de Coxim – MS, no período de fevereiro a novembro de 2018. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas, sendo a análise concomitante a coleta de dados. A duração das entrevistas foi em média uma hora. Inicialmente os participantes foram selecionados aleatoriamente, no entanto, como proposto pela TFD, no decorrer da análise dos dados, foram sendo constituídos os grupos amostrais, com a finalidade de ampliar a variabilidade das concepções sobre o fenômeno estudado. Os dados foram analisados por meio da codificação aberta, axial e seletiva. A análise evidenciou quatro categorias: a primeira intitulada “*As Necessidades Próprias das Interações na Vida Cotidiana*”. Já a segunda e a terceira categoria foram denominadas, respectivamente, a “*Relação com o Transcendente*” como suporte no cuidado das Necessidades em Saúde e “*As Necessidades Afetadas – “quando o estado físico está visivelmente agravado”*”. A quarta categoria foi denominada “*Serviços de Saúde: Respostas às Necessidades não resolvidas pelo Autocuidado*”. As categorias foram construídas de forma relacionada e interligadas, possibilitando a construção da categoria central, que consiste na Teoria deste estudo: ***As Necessidades em Saúde: trajetórias em busca de viver com qualidade na existência cotidiana***. As Necessidades em Saúde são originadas no vivido cotidiano, envolvendo as relações da pessoa: Consigo - Self, com as pessoas - relações sociais e com o Espaço onde vive. Também constitui as Necessidades a “*Relação com o Transcendente*”, que está fundamentada na Fé do ser humano em Deus ou em Algo Superior de denominação variada para os participantes. Essa Fé é um recurso para o cuidado de *si* e do *outro* nas relações sociais. Além disso, também funciona como um Suporte para o Enfrentamento do Problemas vivenciados no cotidiano. Quando as Necessidades em Saúde são Afetadas, geralmente traduzidas por dores ou sintomas de adoecimento, as pessoas buscam tratamentos previamente conhecidos, como medicações e chás. Se as limitações para o desempenho de atividades diárias persistem, recorrem ao serviço de saúde como última instância no socorro de suas carências. O cuidado ofertado no serviço de saúde é voltado para o adoecimento, seja o tratamento ou a prevenção do mesmo. Desvela-se que as necessidades próprias das interações na vida cotidiana, não são consideradas, pelos usuários, como demandas que precisam de cuidados nos serviços de saúde. Dessa forma, por se distanciarem das demandas biológicas, não são cuidadas pelos profissionais de saúde no

âmbito da APS e refletem que o cuidado integral, a promoção da saúde e a potencialização de formas de viver saudável ainda permanecem como um desafio no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, a construção teórica desenvolvida propõe que o significado de Necessidades em Saúde pode ser traduzido pela complexidade das relações das pessoas para ter saúde ao longo da vida. Assim, envolve e é resultado das interações estabelecidas com o *Self*, o *Outro* e o *Ambiente* na Sociedade, relacionando-se a própria forma de ser e existir no Cotidiano.

Descritores: Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Integralidade em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Teoria Fundamentada; Atividades Cotidianas.

ABSTRACT

This is a qualitative research aimed at preparing a theorization about the meaning of health needs for users of the Family Health Strategy (FHS). The theoretical framework adopted was the symbolic interactionism, while the methodological one was the Grounded Theory (GT). We interviewed twenty-three users of Primary Health Care (PHC) in the town of Coxim – MS, from February to November 2018. The interviews were recorded, transcribed and analyzed, where the analysis was concomitant with the data collection. The interviews lasted an average of one hour. Firstly, the participants were randomly selected; however, as proposed by GT, during the analysis of the data, sample groups were formed, with the purpose of expanding the variability of the conceptions about the studied phenomenon. The data were analyzed using open, axial and selective coding. The analysis highlighted four categories: the first entitled “*The Very Needs of Interactions in Everyday Life*”. The second and third categories were, respectively, called: “*Relationship with the Transcendent*” as a support in the care of Health Needs and “*The Affected Needs – when the physical state is visibly worsened*”. The fourth category was called “*Health Services: Responses to the Needs Not Solved by Self-Care*”. The categories were prepared in a related and interconnected way, thereby enabling the development of the central category, which consists in the Theory of this study: ***The Health Needs: trajectories in search of living with quality in everyday existence***. Health Needs take place in everyday life, involving the personal relationships: With You – Self, with people – social relationships and with the Space where you live. Moreover, the Needs are constituted of the “Relationship with the Transcendent”, which is based on the Faith of the human being in God or in Something Superior, with different denominations for the participants. This Faith is a resource for the care of itself and of the *other* in social relationships. In addition, it also works as a Support for Dealing with the Problems experienced in everyday life. When the Health Needs are affected, usually translated into pain or symptoms of illness, people seek previously known treatments, such as medications and teas. If the limitations for the performance of daily activities remain, they look towards the health service as a last resource to supply their needs. The care offered in the health service is geared towards illness, either treatment or prevention. It is revealed that the very needs of interactions in everyday life are not considered by users as demands that require care in health services. Accordingly, as they distance themselves from biological demands, they are not taken care of by health professionals in the context of PHC and reflect that comprehensive care, health promotion

and the enhancement of healthy ways of living still remain a challenge within the scope of the Brazilian Unified Health System (SUS, as per its Portuguese acronym). Nevertheless, the theoretical framework developed proposes that the meaning of Health Needs may be translated by the complexity of the personal relationships with the aim at achieving health throughout life. Thus, it involves and is the result of the interactions established with the *Self*, the *Other* and the *Environment* in Society, thereby being related to the very way of being and existing in Everyday Life.

Key words: Health Services Needs and Demands; Completeness Health; Primary Health Care; Nursing; Activities of Daily Living.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama inicial: Concepção de Saúde – Fonte: Dados de Pesquisa 2018.....	22
Figura 2: Diagrama II – Primeira Subcategoria: O autocuidado: “cuidando do que eu podia cuidar” – Self.....	39
Figura 3: Diagrama III - Segunda Subcategoria: Os relacionamentos na sociedade – Interação com o Outro. Fonte: Dados de Pesquisa 2018.....	41
Figura: 4 - Diagrama IV – Terceira Subcategoria - As relações com o espaço onde se vive – Fonte: Dados de Pesquisa 2018.....	45
Figura 5: Diagrama V – Primeira Categoria: Necessidades Próprias das Interações na Vida Cotidiana – Fonte: Dados de Pesquisa 2018.....	46
Figura 6: Diagrama VI – Segunda Categoria: A “Relação com o Transcendente” como suporte no cuidado das Necessidades em Saúde– Fonte: Dados de Pesquisa 2018.....	54
Figura 7: Diagrama VII – Terceira Categoria: As Necessidades Afetadas - “ <i>quando o estado físico está visivelmente agravado</i> ” – Fonte: Dados de Pesquisa 2018.....	59
Figura 8: Diagrama VIII Quarta Categoria: Serviços de Saúde: Respostas às Necessidades não Resolvidas pelo Autocuidado – Fonte: Dados de Pesquisa 2018.....	67
Figura 9: Diagrama IX – A TEORIZAÇÃO – As Necessidades em Saúde: trajetórias em busca de viver com qualidade na existência cotidiana. Fonte: Dados da Pesquisa 2018.....	69
Figura 10: Diagrama X – A Teoria da (In) visibilidade das Necessidades de Saúde: a dinamicidade do “ <i>convívio nosso com o mundo</i> ”. Fonte: Dados da pesquisa, 2015.....	85
Figura 11: Diagrama XI– A TEORIZAÇÃO – Necessidades em Saúde: trajetórias em busca de viver com qualidade na existência cotidiana. Fonte: Dados da Pesquisa 2018...	86
Figura 12: Diagrama XII – Teoria das Necessidades em Saúde: trajetórias em busca de viver com qualidade na existência cotidiana. Fonte: Dados da Pesquisa 2018.....	88

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 – Amostragem Aberta (Grupo A) – Caracterização dos Participantes. Fonte: Dados de Pesquisa 2018.....	26
QUADRO 02 – Amostragem Axial (Grupo B) – Caracterização dos Participantes. Fonte: Dados de Pesquisa 2018.....	27
QUADRO 03 – Amostragem Axial (Grupo C) – Caracterização dos Participantes. Fonte: Dados de Pesquisa 2018.....	27
QUADRO 04 – Amostragem Discriminada (Grupo D) – Caracterização dos Participantes. Fonte: Dados de Pesquisa 2018.	28
QUADRO 05 – Caracterização Geral dos Participantes. Fonte: Dados de Pesquisa 2018....	28

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IS	Interacionismo Simbólico
NUPCCES	Núcleo de Pesquisa, Cotidiano, Cultura e Enfermagem e Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFMS	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

SUMÁRIO

1. CAPÍTULO I: A BUSCA POR UM SIGNIFICADO	18
1.1. O Objetivo do estudo	22
2. CAPÍTULO II: O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	23
2.1. O Tipo de Estudo	23
2.2. O Interacionismo Simbólico (IS).....	24
2.3. A Teoria Fundamentada nos Dados.....	26
3. CAPÍTULO III: O PERCURSO METODOLÓGICO	30
3.1. O Cenário do Estudo.....	30
3.2. A Constituição da Amostragem Teórica: Caracterização dos participantes do estudo. ...	31
3.3. A Técnica de Coleta de Dados	34
3.4. A análise dos dados.....	36
3.5. Aspectos Éticos.....	38
4. CAPÍTULO IV: A ANÁLISE DAS RELAÇÕES ENTRE AS CATEGORIAS E A CONSTRUÇÃO DA TEORIA.....	40
4.1. Primeira Categoria: As Necessidades Próprias das Interações na Vida Cotidiana.....	40
4.1.1. Primeira Subcategoria: O autocuidado: “ <i>cuidando do que eu podia cuidar</i> ” – Self.....	41
4.1.2. Segunda Subcategoria: Os relacionamentos na sociedade – Interação com o Outro.	45
4.1.3. Terceira Subcategoria: As relações com o espaço onde se vive – A Interação com o Ambiente.....	48
4.2. Segunda Categoria: A “Relação com o Transcendente” como suporte no cuidado das Necessidades em Saúde.....	53
4.3. Terceira Categoria: As Necessidades Afetadas - “ <i>quando o estado físico está visivelmente agravado</i> ”	61
4.4. Quarta Categoria: Serviços de Saúde: Respostas às Necessidades não Resolvidas pelo Autocuidado.....	66
5. CAPÍTULO V: A TEORIZAÇÃO	75
6. CAPÍTULO VI: REFLETINDO E DIALOGANDO COM OS AUTORES	79

7. CAPÍTULO VII: REFLEXÕES PARA UMA TEORIA GERAL - TEORIA DAS NECESSIDADES EM SAÚDE: TRAJETÓRIAS EM BUSCA DE VIVER COM QUALIDADE NA EXISTÊNCIA COTIDIANA	91
8. CAPÍTULO VIII: CONSIDERAÇÕES FINAIS – “ESPELHO, ESPELHO MEU...”	97
9. REFERÊNCIAS	103
10. APÊNDICES	110
10.1. APÊNDICE A – O CAMINHAR METODOLÓGICO PARA A AMOSTRAGEM TEÓRICA.....	110
10.2. APÊNDICE B - COMPILADO DE QUESTÕES NORTEADORAS DO ESTUDO...111	111
10.3. APÊNDICE C - EXEMPLO DE NOTA TEÓRICA E NOTA OPERACIONAL EM MEMORANDOS.....	114
10.4. APÊNDICE D - EXEMPLO DE CODIFICAÇÃO ABERTA EM TRECHO DE ENTREVISTA.....	115
10.5. APÊNDICE E – EXEMPLO DE TABELA RELACIONAL ENTRE PROPRIEDADES E DIMENSÕES DE UMA CATEGORIA E SUBCATEGORIAS.....	116
10.6. APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	117
10.7. APÊNDICE G - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	118

1. CAPÍTULO I: A BUSCA POR UM SIGNIFICADO

Ao encerrar o mestrado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), finalizava-se um ciclo, no qual cresci tanto no exercício profissional, como na certeza de que seria preciso continuar.

A pesquisa realizada no mestrado procurava construir uma teorização sobre o significado de necessidades de saúde na perspectiva dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS). Para os profissionais entrevistados, as carências dos usuários transitam entre a visibilidade e a invisibilidade, de maneira que as necessidades visíveis e, portanto, cuidadas, sejam aquelas relacionadas ao adoecimento físico. As invisíveis, por sua vez, são relacionadas a vivência da pessoa na sociedade e que não são cuidadas na APS, pois não são demandadas pelo usuário na primeira consulta e não fazem parte da oferta de serviços disponíveis. A teorização desenvolvida no mestrado propõe que, para que as necessidades saiam da invisibilidade e também sejam cuidadas pelos profissionais, o acolhimento precisa ser realizado por uma equipe multiprofissional, acolhedora e que busque o estabelecimento do vínculo (FARÃO, PENNA, 2019).

Os resultados da análise fundamentada nos dados mostraram que não há espaço de escuta qualificada na APS para conhecer as carências invisíveis e exercer um cuidado integrado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para os profissionais participantes do estudo, aquelas que permaneciam na invisibilidade referiam-se às necessidades da vida cotidiana que se distanciavam das demandas biológicas (FARÃO, PENNA, 2019).

Dessa forma, fez-se necessário ouvir os próprios usuários que demandam por cuidados na rede assistencial. Por que suas necessidades permanecem na invisibilidade? Se o cuidado não é fornecido pelos serviços disponibilizados no SUS, quem cuida dessas necessidades consideradas invisíveis por esses profissionais? A realização deste estudo representa mais um passo na busca pela compreensão do significado de necessidades, ouvindo a voz dos usuários e compreendendo suas ações em suas realidades cotidianas (FARÃO, 2016).

A prática docente na disciplina de Fundamentos de Enfermagem, na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), veio reafirmar os achados encontrados e descritos na dissertação de mestrado, mostrando nos serviços de saúde uma repetição de práticas voltadas para o cuidado da doença e não dos usuários que vivenciam o adoecimento. Para o planejamento do cuidado, os profissionais restringem seus questionamentos sobre as circunstâncias que envolvem diretamente a natureza dos sintomas, as causas orgânicas dos processos

fisiopatológicos e as mudanças observadas no corpo das pessoas, devido ao processo de adoecimento.

Constata-se que na realidade da docência, a demonstração prática da aplicabilidade do cuidado de enfermagem para além dos aspectos biologicistas permanece como um desafio, pois as ações de cuidado são planejadas e direcionadas nas instituições de saúde para as sintomatologias que envolvem o adoecimento do corpo.

As inquietações que envolviam a construção teórica sobre as necessidades de saúde possibilitaram enveredar por um caminho que respondesse aos questionamentos: Como o usuário compreende suas necessidades em saúde? O que ele busca ao adentrar os muros dos serviços ou ao distanciar-se deles? Como o usuário espera ser cuidado na Estratégia de Saúde da Família (ESF)?

O estudo das Necessidades em Saúde nesta tese configura-se como um subprojeto de pesquisas desenvolvidas pelo Núcleo de Pesquisa, Cotidiano, Cultura, Enfermagem e Saúde (NUPCCES) da EEUFMG. Os estudos desse núcleo têm como enfoque objetos tais como Integralidade, o Acesso, a Construção de Vínculos e o Significado de Necessidades em Saúde no cotidiano do cuidado.

O termo Necessidades **de** Saúde passa a ser denominado nesta pesquisa de Necessidades **em** Saúde. A constatação resulta dos estudos de Palhoni e Penna (2017), integrantes do NUPCCES, e deve-se ao fato de que a preposição em é mais abrangente do que a preposição de, mostrando que há relação entre as diferentes nuances que constituem as necessidades das pessoas. Desta forma, abarca uma significação que extrapola as condições clínicas dos sujeitos, englobando, os modos de agir e viver na sociedade. Utilizar o conectivo **em** significa que as necessidades são vivenciadas além das carências ou demandas biológicas dos sujeitos.

Na APS é possível desenvolver um cuidado voltado para as necessidades tanto do sujeito como de sua família, principalmente, considerando a busca pela Integralidade como um princípio do SUS (CASSETTARI, MELLO, 2017). Neste sentido, Storino, Souza e Silva (2013, p.639) afirmam que apesar da ESF ser o local privilegiado para o reconhecimento das carências das pessoas, ainda são necessárias “mudanças, principalmente no sentido de ampliar a equidade e a integralidade da assistência a partir do reconhecimento de outras necessidades de saúde, além das já reconhecidas pelos serviços e políticas da área”.

Destarte, observa-se que no cotidiano dos serviços os usuários continuam recebendo, na APS, uma atenção voltada prioritariamente e quase, exclusivamente, para as situações de adoecimento ou de prevenção de doenças (PALHONI, PENNA, 2017). Dessa forma, evidencia-se que ainda há uma carência de planejamentos e de práticas coerentes com a concepção teórica

que tenham a singularidade dos sujeitos como o centro de suas ações e que considerem a complexidade do cuidar (MALTA, MERHY, 2010; OTHERO, AYRES, 2012; FARÃO, 2016).

Para Santos e Penna (2013, p.152) “a experiência da doença é moldada culturalmente, o que determina a maneira como ela é percebida e os caminhos percorridos para superá-la”. Portanto, a forma de gerir e organizar os serviços de saúde, bem como a operacionalização das consultas e procedimentos ofertados influenciarão na significação atribuída pelo usuário aos serviços, bem como na potencialidade de expressar ou não suas necessidades.

Os atendimentos ofertados, bem como o modo como são operacionalizados, facilitando ou dificultando o acesso ao cuidado, são moduladores da demanda gerada pelos usuários na APS. Para Magalhães et al (2016) a mobilização dos usuários para que estes participem, em articulação com os profissionais da ESF, na organização do serviço de atenção à saúde, enfrenta grandes dificuldades.

Os preceitos contidos no Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento das ações, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, colocam a identificação das carências das pessoas em âmbitos locais e regionais como essencial para o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAPS). Este Contrato dispõe sobre as responsabilidades dos entes federados na organização das regiões de saúde e da organização da rede de atenção no âmbito do SUS em busca da integralidade da assistência. Conforme consta no Decreto, para garantir a gestão participativa, o COAPS deverá conter a apuração constante das necessidades e interesses do usuário do SUS.

O Mato Grosso do Sul – onde encontra-se o município cenário deste estudo - enquanto um dos estados que assinou o referido contrato, ao elaborar o Plano Estadual de Saúde (PES) 2016 – 2019, estabeleceu por finalidade, para o cumprimento dos desígnios propostos, conhecer a realidade situacional do estado e seus municípios, bem como planejar ações para a melhoria da assistência. Este fornece dados referentes às características da população, assim como da situação de saúde, no que se refere tanto às doenças transmissíveis como aos agravos crônicos. Ainda analisa os aspectos demográficos e socioeconômicos, a rede de estabelecimentos e serviços, traçando objetivos, diretrizes e ações para o fortalecimento do SUS com melhoria da assistência prestada às pessoas com base nos dados epidemiológicos disponibilizados (MATO GROSSO DO SUL, 2015).

Constata-se que as necessidades em saúde são citadas nos planejamentos e diretrizes, porém não é explicitado qual o significado considerado para as necessidades dos usuários pelos gestores. Portanto, questiona-se: como esses serviços e ações disponibilizados dialogam com a

busca por cuidado realizada pelo usuário do sistema? O que acontece nos microespaços de cuidado, seja na unidade de saúde ou no domicílio?

Conforme Magalhães et al (2016, p.2) “o trabalho das equipes de saúde se organiza de forma tecnicista e fragmentada, centrado na doença, direcionado a grupos específicos, não levando em consideração as necessidades de saúde dos indivíduos”, havendo um distanciamento entre as diretrizes teóricas do SUS e as práticas cotidianas dos profissionais e usuários.

Desta forma, faz-se necessário refletir que o encontro de cuidado acontece entre profissional e usuário – família e comunidade, portanto, as carências reais das pessoas devem ser o centro do planejamento e da efetivação das ações práticas de cuidado que visam a promoção da saúde e a melhoria da assistência, com enfoque na integralidade.

Diante do exposto, o presente estudo tem como **questão norteadora**: Qual o significado de necessidades em saúde na perspectiva dos usuários, considerando sua subjetividade em busca de cuidado no cotidiano?

Estabelece-se como **pressuposto** que as Necessidades em Saúde são vivenciadas pelas pessoas no cotidiano, sendo permeadas pela relação consigo, com o outro, com o ambiente e delas se originam formas de se agir na sociedade. O resultado dessas interações direciona os caminhos percorridos pelos sujeitos na busca por cuidado na sociedade.

O empenho na possibilidade de compreender as concepções de necessidades em saúde por meio da voz de usuários da ESF, contribui para que o cuidado abarque tanto as necessidades visíveis como as invisíveis descritas no estudo de Farão e Penna (2019).

Portanto, defende-se a **Tese de que as Necessidades em Saúde são carências resultantes da busca pelo viver com qualidade no cotidiano**. São constituídas tanto pelas necessidades biológicas do corpo como pelas necessidades próprias das interações na vida em sociedade, sendo originadas das vivências individuais e coletivas das pessoas em cotidianos singulares. Devido a sua complexidade, são percorridos diferentes caminhos pelas pessoas em busca de cuidados que extrapolam os serviços ofertados pelos profissionais de saúde.

Destarte, esta construção teórica poderá contribuir para uma reflexão sobre o planejamento das ações em saúde e a interação que ocorre no encontro entre usuários e profissionais de saúde, contribuindo para a ampliação do potencial de ação na APS.

Além disso, poderá contribuir para o desenvolvimento de novas tecnologias de cuidado, com a finalidade de conhecer e possibilitar que os serviços de saúde sejam reconhecidos como parte de uma rede de cuidados que, fazendo parte da dinâmica real de vida das pessoas, acolhe as Necessidades em Saúde em toda sua complexidade.

Considerando a realidade acadêmica, o desenvolvimento de uma teorização poderá ampliar as possibilidades de cuidado, fornecendo subsídios para as discussões referentes à temática e ao desenvolvimento de novas tecnologias de assistência à saúde como uma forma de cuidar que considere o viver e o relacionar-se na sociedade, não apenas como uma finalidade prática e estanque sobre o qual incidem conhecimentos profissionais.

No ensino da Enfermagem, campo de ciência e atuação profissional da pesquisadora, espera-se que a realização deste estudo possa contribuir para a formação de futuros profissionais, apresentando subsídios teóricos para o reconhecimento integral das Necessidades em Saúde como central para o cuidado das pessoas.

1.1. O Objetivo do estudo

Construir uma teorização sobre o significado de Necessidades em Saúde para os usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF).

2. CAPÍTULO II: O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.1. O Tipo de Estudo

Ao buscarmos a construção de uma teorização sobre o significado de necessidades em saúde para os usuários da ESF, a opção escolhida se deu pela pesquisa qualitativa com abordagem metodológica da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), sob a luz do Interacionismo Simbólico (IS). Para Minayo (2017, p.16), todos os pesquisadores qualitativos “têm como parâmetro o reconhecimento da subjetividade, do simbólico e da intersubjetividade nas relações, e trazem para o interior das análises, o indissociável embricamento entre sujeito e objeto (...)”.

Nesta tese, uma das motivações, para a utilização da pesquisa qualitativa como método, consiste na natureza do problema de pesquisa; dessa forma, entende-se como abordagem apropriada para a construção de uma teorização sobre o significado de necessidades em saúde, pois as significações dos usuários perpassam suas experiências, vivências, interpretações e relações. Nesse sentido, Taquette e Minayo (2016, p. 431) postulam que “os estudos qualitativos também podem revelar insights críticos que ajudam a lidar com as deficiências do sistema de saúde”.

Discorrendo sobre a pesquisa qualitativa, Strauss e Corbin (2008, p.24) afirmam que ao se pensar nessa modalidade, não se referem ao ato de quantificar dados qualitativos, “mas, sim ao processo não-matemático de interpretação, feito com o objetivo de descobrir conceitos e relações nos dados brutos e de organizar esses conceitos e relações em um esquema explanatório teórico”. Conforme Charmaz (2009, p.31) “a flexibilidade da pesquisa qualitativa permite ao pesquisador seguir as indicações que vão surgindo. Os métodos da teoria fundamentada ampliam essa flexibilidade e, simultaneamente, oferecem mais foco ao pesquisador”. Na concepção de Queiroz a TFD e o IS são convergentes em alguns pontos, a seguir:

A necessidade de o pesquisador sair a campo e interagir com a realidade; a clareza de que os fenômenos sociais são complexos e muito variáveis; o entendimento de que as pessoas são atores sociais importantes e agem baseadas em seus significados; a percepção da relação estreita entre estrutura, ação e consequências nos eventos sociais; e a capacidade de entender que os fatos evoluem ao longo do processo de análise (QUEIROZ, 2015, p. 26).

Discorreremos, a seguir, acerca do recorte histórico e das características principais tanto do IS, como da TFD, que nortearam a construção desta tese.

2.2. O Interacionismo Simbólico (IS)

George Herbert Mead, professor da escola de Chicago de 1893 a 1931, foi o principal pensador da perspectiva interacionista, que recebeu essa denominação de seu ex-aluno Herbert Blumer (LOPES, JORGE, 2005; CARVALHO, BORGES, RÊGO, 2010; QUEIROZ, 2015).

Destaca-se no surgimento e no desenvolvimento do Interacionismo Simbólico (IS), ao final do século XX, os seguintes autores: George Herbert Mead, John Dewey, W. I. Thomas, Robert E. Park, William James, Charles Horton Cooley, Florian Znaniecki, James Mark Baldwin, Robert Redfield, e Louis Wirth (BLUMER, 1969).

Na perspectiva interacionista, as relações sociais são permeadas por símbolos que são desenvolvidos por meio das experiências das pessoas, influenciando na construção de mundo dos sujeitos, tanto na interação consigo quanto na vida em sociedade (LOPES, JORGE, 2005; CARVALHO, BORGES, RÊGO, 2010).

Conforme Blumer (1980, p.119), três premissas fundamentam o IS: a primeira estabelece que as ações dos seres humanos são baseadas nos significados; a segunda propõe que estes significados são originados da/ou provocados pela interação social; a terceira premissa por sua vez, fundamenta-se no fato de que ao se relacionarem, as pessoas realizam um processo de interpretação e modificação dos significados, levando a diferentes formas de agir.

Desta forma, a pessoa interage tanto consigo, por meio do *Self*, dialogando com as interpretações e abstrações *Simbólicas*, como com o *Outro*. A Interação Social acontece no encontro do *Self* com o *Outro*, resultando em desenvolvimentos culturais diversificados, com consequências no modo de agir das pessoas e na construção da SOCIEDADE (BLUMER, 1969; QUEIROZ, 2015).

Os símbolos são objetos sociais que podem ser compartilhados por diversos tipos de linguagens (BLUMER, 1980; QUEIROZ, 2015). Tanto a interpretação desses objetos sociais quanto a interação com o próprio ambiente e as vivências do sujeito podem ser compreendidos pela perspectiva interacionista (CARVALHO, BORGES, RÊGO, 2010). De igual modo, a capacidade da pessoa de interagir consigo, de forma dinâmica e mutável, é denominada no IS, por *Self*, que se origina e se desenvolve na interação social (CARVALHO, BORGES, RÊGO, 2010).

Segundo Lopes e Jorge (2005, p. 106) “o processo interpretativo através da autointeração leva a uma ressignificação do vivido, em que os valores individuais interferem no significado que as coisas têm para a pessoa”, sendo constituinte das ações das pessoas. Corroborando, Carvalho, Borges e Rêgo (2010, p.151) afirmam que “A pessoa e o mundo não podem ser compreendidos de forma isolada, porque o *self* está sendo continuamente desenvolvido através

da interação com outros seres humanos”. A compreensão dessa interação tanto do *Self*, quanto do *Ambiente* e dos *Símbolos* e do *Outro* entre si, possibilita a reflexão sobre as ações e práticas das pessoas na *Sociedade* (CHARMAZ, 2009; QUEIROZ, 2015).

Na perspectiva interacionista, a vida em sociedade é repleta de ações e interações que são frutos do pensamento do ser humano na relação social e consigo mesmo, denominado *Mente* (BLUMER, 1980). No que se refere ao processo interpretativo que ocorre no IS, Dupas, Oliveira e Costa (1997) descrevem a *Mente* como:

A mente é a interação simbólica com o self à medida que é a comunicação de significados ao self. Isto significa que, através da atividade da mente, o indivíduo define as coisas para si mesmo na situação: isola, rotula e desenvolve linhas de ação em relação às coisas. Devido a atividade da mente, a ação é uma resposta, não aos objetos mas à interpretação desses objetos pelo indivíduo. A mente é concebida como um processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo próprio usando símbolos (DUPAS; OLIVEIRA, de; COSTA, 1997, p. 223).

Ao analisarmos o conceito de *Símbolo*, *Self* e *Mente*, percebe-se que a *Sociedade* se relaciona e permeia todos eles, de modo que essa compreensão permite a análise da dinamicidade que envolve a ação social e a interação por meio das linguagens entre os sujeitos no mundo (BLUMER, 1980; DUPAS, OLIVEIRA, COSTA, 1997; CARVALHO, BORGES, RÊGO, 2010).

Blumer (1980, p.125), ao refletir sobre a interação social, afirma que “seu valor reside no fato de constituir um processo que forma o comportamento, ao invés de equivaler simplesmente a um meio ou contexto para a expressão ou liberação da conduta humana”.

Nesta perspectiva, a forma como as pessoas agem na sociedade, por meio de sua interpretação, interagem com o outro e com o mundo ao seu redor, pode ser compreendida sob a luz do IS (BLUMER, 1980; CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010). Para Dupas, Oliveira e Costa:

O Interacionismo Simbólico favorece a opção por abordagens metodológicas qualitativas que possibilitam a produção de um corpo de conhecimentos baseado na realidade da prática de enfermagem e que explica as variações observadas nesta realidade, permitindo que a riqueza e diversidade de experiências do homem sejam estudadas e compreendidas (DUPAS, OLIVEIRA, COSTA, 1997, p. 225).

Dessa forma, considera-se que o IS como referencial teórico possibilita a identificação dos fenômenos que constituem o significado de Necessidades em Saúde, sendo fundamental no desenvolvimento desta Tese. Ressalta-se que o IS permeou toda a construção e execução do projeto de pesquisa, tanto na abordagem dos participantes para a realização das entrevistas quanto na análise dos resultados e conexão entre os constructos teóricos.

2.3. A Teoria Fundamentada nos Dados

A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), conforme Strauss e Corbin (2008, p. 18), é uma das metodologias utilizadas “como uma forma de reunir conhecimento sobre o mundo social”. Esta foi desenvolvida, originalmente, por Barney Glaser (formado na Columbia University) e Anselm Strauss (formado na Universidade de Chicago), ambos estudiosos que compartilhavam de perspectivas, porém com tradições sociológicas diferentes (STRAUSS, CORBIN, 2008; SANTOS et al 2016).

No que se refere ao campo científico da enfermagem, estudos demonstram que a TFD tem sido utilizada de forma crescente, por ser um método sistemático que pode ser empregado para responder aos questionamentos que envolvam compreender a realidade, possibilitando qualificar o cuidado do enfermeiro nos serviços de saúde (BACKES et al 2011; SANTOS et al 2016). A construção desta tese baseia-se nas concepções de Strauss e Corbin, que seguiram caminhos diversos dos de Glaser em seus estudos teóricos. Na perspectiva straussiana, temos que:

Para nós, teoria denota um conjunto de categorias bem desenvolvidas (ex.: temas conceitos) que são sistematicamente inter-relacionadas através de declarações de relação para formar uma estrutura teórica que explique alguns fenômenos relevantes sociais, psicológicos, educacionais, de enfermagem ou outros diferentes (STRAUSS, CORBIN, 2008; SANTOS et al, 2016, p. 35).

A formação de Strauss apresentou contribuições relevantes ao desenvolvimento da TFD como método, sendo descritas por Strauss e Corbin (2008, p.22) algumas características essenciais:

(a) a necessidade de sair a campo para descobrir o que está acontecendo; (b) a relevância da teoria, baseada em dados, para o desenvolvimento de uma disciplina e como base para a ação social; (c) a complexidade e a variabilidade dos fenômenos e das ações humanas; (d) a crença de que as pessoas são atores que assumem um papel ativo para responder a situações problemáticas; (e) a percepção de que as pessoas agem com base em significados; (f) o entendimento de que o significado é definido e redefinido através da interação; (g) sensibilidade para a natureza evolutiva e reveladora de fatos (processo); e (h) consciência das inter-relações entre condições (estrutura), ação (processo) e consequência (STRAUSS, CORBIN, 2008; SANTOS et al, 2016, p. 22).

O pesquisador que adota a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) como caminho metodológico para seu estudo precisa estar atento para quais direções as propriedades e dimensões das categorias estão apontando. Quais os dados precisam ser aprofundados? Quais fenômenos estão sendo identificados?

Conforme Strauss e Corbin (2008, p. 25) “a análise é a interação entre pesquisadores e os dados. É ciência e arte. É ciência no sentido de manter um certo grau de rigor e por basear a

análise em dados”. Dessa forma, a definição dos caminhos que foram seguidos estabeleceu-se em cada análise de dados de cada entrevista realizada. A criatividade do pesquisador é fundamental para permitir que os dados falem e que as vozes dos participantes sejam ouvidas (STRAUSS, CORBIN, 2008).

O caminho percorrido para a análise dos dados na TFD é longo e inicia-se desde a realização da primeira entrevista. Dessa forma, para que o pesquisador não se desoriente no caminho, suas impressões, reflexões e ideias precisam ser registradas ao longo da coleta e da análise dos dados. Estes registros possuem o nome de memorandos (STRAUSS, CORBIN, 2008; CHARMAZ 2009).

Os memorandos funcionam como um diário do pesquisador, apontando direções e impressões, guardando os pensamentos relacionados a cada análise e possibilitando que mais questionamentos sejam realizados, e que, dessa forma, haja profundidade nos dados coletados (STRAUSS, CORBIN, 2008; SANTOS et al 2016). Para Charmaz (2009, p. 119) “a redação do memorando estimula você a trabalhar arduamente nos significados implícitos, não declarados e condensados”, sendo fundamentais desde o início do trabalho.

Além dos memorandos, também são construídas e desenhadas ilustrações relacionais e explicativas, denominadas diagramas (STRAUSS, CORBIN, 2008). Nestes são detalhadas as relações entre as categorias, subcategorias e suas propriedades. Dessa forma, o processo pode ser explicitado, assim como a coerência entre os dados e a evidência dos conceitos. Segundo Strauss e Corbin (2008, p. 152) a diagramação possui utilidade na medida em que “permite ao analista ganhar distância dos dados, forçando-o a trabalhar com conceitos e não com os detalhes dos dados. Também exige que o analista pense muito cuidadosamente sobre a lógica das relações”.

No início, os diagramas são esquemas mais simples que mostram uma ideia inicial. Depois ficam mais densos, quando as informações começam a se aprofundar com o decorrer da coleta de dados, revelando que o pesquisador precisa olhar com cuidado para as relações estabelecidas na análise e questionar: o que os dados dizem que precisa ser colocado no diagrama? O que está acontecendo aqui? Qual a relação entre os códigos? Para fins de exemplificação, segue abaixo um diagrama inicial, elaborado na primeira análise dos dados:



Figura 1: Diagrama inicial: Concepção de Saúde – Fonte: Dados de Pesquisa 2018.

Os memorandos e diagramas crescem em tamanho e profundidade teórica durante a análise, evidenciando contribuições para a identificação das relações entre os constructos teóricos. A construção e o registro de ambos possuem relevância em relação ao processo analítico de codificação para a construção teórica do conceito (STRAUS, CORBIN, 2008; SANTOS et al 2016).

Mas em que consiste a realização da codificação? Ela é o meio pelo qual os dados brutos são analisados e lapidados, sendo identificadas as características comuns que expressam o significado de um Conceito. Os fenômenos identificados nos dados são codificados e possuem propriedades, características, que fundamentam seu agrupamento em uma determinada categoria (STRAUSS, CORBIN, 2008). Conforme Charmaz (2009, p.69), “os códigos qualitativos separam os segmentos dos dados, conferem-lhe denominações em termos concisos e propõem um instrumento analítico para desenvolver as noções teóricas para a interpretação de cada segmento dos dados”.

Para Mesquita et al (2015, p.156) “Os principais processos analíticos para que uma teoria possa emergir dos dados são as operações de codificação”. Para tanto, o desenvolvimento de uma teoria perpassa pela descrição do fenômeno, com comparação constante entre os dados, desde a primeira entrevista, sendo fundamental o olhar criativo do pesquisador, o que contribui para a compreensão de conceitos que serão interligados num constructo teórico central por meio das codificações realizadas (STRAUSS, CORBIN, 2008; QUEIROZ, 2015).

Na intenção de facilitar e possibilitar que o pesquisador compreenda o método e inicie seu processo analítico, na TFD, há uma divisão didática da realização da Codificação dos dados

em três fases interdependentes: Aberta, Axial e Seletiva (STRAUSS, CORBIN, 2008; SANTOS et al, 2016).

Apesar das etapas serem descritas separadamente, para facilitar a compreensão, essa divisão não é linear, pois o pesquisador precisa ir e vir na análise dos dados, durante toda a pesquisa. Dessa forma, mesmo que já esteja realizando a codificação seletiva, pode ser necessário retornar à codificação axial ou à codificação aberta (STRAUSS, CORBIN, 2008).

A análise dos dados acontece de forma inter-relacionada, na qual o pesquisador transita entre uma etapa e outra, avançando e retrocedendo. Sucintamente pode-se afirmar que na etapa denominada Codificação Aberta é realizada uma leitura de todo o texto em busca de conceitos. Já na Codificação Axial, os conceitos encontrados são lapidados e relacionados em categorias e subcategorias. Na Codificação Seletiva, evidencia-se uma categoria que consiste na Teoria do estudo, pois todos os conceitos e subconceitos podem ser relacionados a ela (STRAUSS, CORBIN, 2008; QUEIROZ, 2015).

Quando o referencial metodológico adotado é a TFD, a revisão teórica é realizada a *posteriori*, para que o pesquisador não se detenha aos conceitos já existentes na literatura e consiga apropriar-se dos dados, para que a teoria seja construída fundamentada na concepção dos participantes do estudo (STRAUSS, CORBIN, 2008).

No próximo capítulo descreve-se o percurso metodológico realizado neste estudo.

3. CAPÍTULO III: O PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. O Cenário do Estudo

Trata-se de um município da região Centro-Oeste, localizado no interior do Mato Grosso do Sul, com área territorial de 6.409,224 km² e população estimada em 33.516 pessoas (IBGE, 2018). No censo de 2010 o número de habitantes era de 32.159 (IBGE, 2010).

O município foi originado de um Arraial, estabelecido em 1729 pelo sertanista Domingos Gomes Belliago, à margem do Rio Taquari, com o intuito de ajudar as monções, que iam ou vinham no trajeto entre São Paulo e Cuiabá. Em 1862, Herculano Ferreira Vena, governador da província, criou o núcleo colonial de Taquari junto ao Arraial de Belliago, que teve a denominação de Herculânea e é atualmente a cidade de Coxim (IBGE, 1983).

Conforme o panorama das cidades no Brasil, disponibilizado pelo IBGE, a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 7.12 para 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2014). A cidade possui 13.9% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, ao passo que as internações devido a doenças diarreicas são de 2.8 para cada 1.000 habitantes (IBGE, 2016).

A população é diversificada etnicamente, mas com predomínio de pardos e brancos. O perfil etário indica uma população jovem, isto é, maior incidência etária entre 10 e 59 anos de idade (IBGE, 2010).

Conforme o Plano Estadual de Saúde do estado do Mato Grosso do Sul, 2016–2019, foi construído um mapeamento com a divisão em microrregiões de saúde, visando constituir referências em saúde e minimizar as distâncias percorridas pela população em busca das ações e serviços capazes de resolver suas necessidades de saúde.

O município de Coxim, por ser sede de microrregião de Saúde, é referência hospitalar para os municípios de Alcínópolis (5.038 habitantes), Pedro Gomes (7.794 habitantes), Rio Verde de Mato Grosso (19.462 habitantes) e Sonora (17.483 habitantes). Atualmente, em nível de APS, possui 09 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) com uma cobertura de 93,58% da população em todo o município (COXIM, 2014). Coxim atua em Gestão Plena do SUS desde 1996. Além das unidades de ESF, o município conta com uma Policlínica e um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD).

O Hospital Regional, denominado de Fundação Estatal de Saúde do Pantanal (FESP), presta assistência de média complexidade à população dos municípios para o qual é referência da microrregião. Quando a situação clínica do usuário é grave, há um encaminhamento para a capital Campo Grande, já que no hospital não há unidades de cuidados intensivos.

A UFMS, universidade com a qual a pesquisadora possui vínculo de docente, possui um trabalho de parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do município de Coxim referente à disponibilização de campos de prática para atividades de docência e atividades de estágio curricular obrigatório dos alunos do curso de Enfermagem. Logo, a unidade de saúde que é cenário de investigação para o desenvolvimento do estudo foi escolhida tendo em vista a inserção prévia da pesquisadora.

A área de abrangência desta unidade compreende 2735 pessoas aproximadamente, dividida em sete microáreas. No entanto, quando a coleta de dados foi realizada apenas quatro destas estavam cobertas pela ESF com ACS. Dessa forma, as quatro regiões cobertas foram visitadas pela pesquisadora, sendo a coleta realizada em visitas domiciliares.

Foi observado que o território de abrangência da unidade de saúde possui características variadas no que se refere à urbanização da região. Considerando as desigualdades, foram entrevistadas pessoas que residiam em ruas de terra, longe da unidade de saúde, outras pessoas que residiam próximas à unidade em áreas asfaltadas e com rede de esgoto, na intenção de contribuir para a variabilidade de condições vivenciadas pelos participantes.

3.2. A Constituição da Amostragem Teórica: Caracterização dos participantes do estudo.

Os critérios iniciais de inclusão para a participação no estudo foram: ser homem ou mulher, maior de dezoito anos, que pertencessem à área de abrangência da unidade de saúde, caracterizada como cenário do estudo.

As pessoas que participaram da pesquisa receberam o nome de Flores, Frutos, Vegetações e Animais encontrados no Pantanal: Bromélia, Açucena, Manacá-da-serra, Tamarindo, Caju, Aguapé, Flor de Maracujá, Helicônia, Jenipapo, Pequi, Babaçu, Mandovi, Cambarás, Araras-Canindé, Araras-azuis do Pantanal, Palmeira Açuri, Lianas, Aroeira, Anjico, Ypê, Seriguela.

Essa nomenclatura foi utilizada fazendo alusão ao impacto que o desconhecimento sobre as características naturais do Pantanal Sul Mato-grossense causou na pesquisadora ao residir e realizar a pesquisa no município de Coxim. As belezas desconhecidas e as relações complexas entre as pessoas na sociedade, remetem à complexidade do estudo das Necessidades em Saúde e a premência de pararmos para analisar e observar, o que explica a escolha desses nomes para as entrevistas realizadas.

Para a identificação das pessoas, em respeito ao anonimato, solicitou-se que o participante escolhesse um nome dentre a lista apresentada, o qual foi seguido por um número de acordo com a realização da entrevista e o grupo amostral pertencente (Camélia 01 – Grupo A).

A primeira Amostragem realizada na TFD é denominada de Amostragem Aberta, na qual qualquer pessoa que atendesse aos critérios iniciais de inclusão poderia ser entrevistada. A primeira convidada para participar do estudo foi uma mulher que levava seu filho à unidade de saúde para consulta médica, constituindo o primeiro grupo de amostragem, denominado de “Grupo A – Mulheres com Filhos”, apresentado no Quadro 01:

Grupo	Amostragem	Códigos de Entrevistas	Idade
A	Aberta – Mulheres com Filhos	Camélia 01	33
		Flor de Maracujá 02	34
		Tamarindo 03	24
		Flor do Deserto 04	50

QUADRO 01 – Amostragem Aberta (Grupo A) – Caracterização dos Participantes. Fonte: Dados de Pesquisa 2018

Com a realização das primeiras análises das entrevistas que compõem a Amostragem Aberta, constatou-se que possuir doenças crônicas poderia influenciar no significado atribuído pelas pessoas às necessidades em saúde, sendo, portanto, indicativo de uma busca direcionada, com a criação de grupos de participantes para constituição da Amostragem Relacional e Variacional. Essa amostragem consiste na busca de participantes direcionadas pelos questionamentos que são construídos durante a análise e Codificação Axial, tendo em vista o aprofundamento da identificação das propriedades que constituem o fenômeno estudado (STRAUSS, CORBIN, 2008).

O caminhar metodológico, no processo de Codificação Axial, levou à criação de dois grupos iniciais para prosseguimento da coleta de dados: um primeiro para pessoas portadoras de doenças crônicas e o segundo de pessoas que não possuíam nenhuma situação de cronicidade. Os grupos foram constituídos de homens e mulheres, para garantir maior variabilidade, sendo realizada a comparação constante entre os dados.

A caracterização dos participantes do grupo de pessoas com doenças crônicas é apresentada no Quadro 02 a seguir:

Grupo	Amostragem	Códigos de Entrevistas	Idade
B	Axial – Pessoas com Doenças Crônicas	Aguapé 05	39
		Mandovi 06	59
		Caju 07	46
		Bromélia 10	84
		Seriguela 11	91
		Babaçu 14	70
		Cambarás 16	66

QUADRO 2 – Amostragem Axial (Grupo B) – Caracterização dos Participantes. Fonte: Dados de Pesquisa 2018

O Grupo C de Participantes foi constituído para estabelecer uma comparação constante entre as pessoas com doenças crônicas e as que não possuíam nenhuma doença crônica, conforme podemos observar no Quadro 03 que segue:

Grupo	Amostragem	Códigos de Entrevistas	Idade
C	Axial – Pessoas sem Doenças Crônicas	Orquídea 08	40
		Aroeira 09	37
		Anjico 12	18
		Manacá 13	51
		Pequi 15	56
		Baru 17	50
		Tambaqui 18	24

QUADRO 3 – Amostragem Axial (Grupo C) – Caracterização dos Participantes. Fonte: Dados de Pesquisa 2018

Após a análise das entrevistas dos participantes, tanto do grupo B como do grupo C, foi evidenciado que o fato de possuir ou não algum adoecimento crônico não influenciou no significado atribuído pelos participantes às necessidades em saúde. No entanto, a análise revelou a espiritualidade como um fenômeno relevante para os usuários, o que conduziu à constituição do Grupo D de Amostragem.

Conforme Strauss e Corbin (2008, p.204) “ao fazer a *amostragem discriminada*, o pesquisador escolhe os locais, as pessoas e os documentos que vão maximizar as oportunidades de fazer análise comparativa”. Desta forma, a Codificação Axial conduz a Codificação Seletiva, sendo nessa fase necessária a realização da amostragem discriminada.

Na Codificação Seletiva, para responder aos questionamentos, aprofundar a análise e refinar a teoria, foram escolhidas para as entrevistas pessoas pertencentes a denominações religiosas diversas como espiritualistas, evangélicos e católicos, o que possibilitou a saturação teórica dos dados com a evidência da teoria desenvolvida.

O Grupo D, constituído na Codificação Seletiva, é formado tanto por homens como por mulheres, de maneira que a coleta de dados foi realizada por meio do convite em espaços religiosos. Foram entrevistados tanto membros como lideranças nestas instituições, proporcionando maior variabilidade na constituição do grupo amostral.

O caminhar metodológico na constituição dos grupos amostrais está relacionado no **Apêndice A**.

A caracterização dos participantes que compõe a amostragem discriminada está apresentada no Quadro 04 que segue:

Grupo	Amostragem	Códigos de Entrevistas	Idade
D	Discriminada – Espiritualidade	Helicônia 19	22
		Açucena 20	39
		Lianas 21	58
		Araçá 22	33
		Jenipapo 23	31

QUADRO 04 – Amostragem Discriminada (Grupo D) – Caracterização dos Participantes. Fonte: Dados de Pesquisa 2018.

A caracterização geral dos participantes do estudo foi realizada e é demonstrada pelo Quadro 05, a seguir:

Entrevista	Sexo	Idade	Escolaridade	Filhos	Portador de Doença Crônica	Profissão
Camélia 01	M	33	Ens Fund Inc	3	Não	Faxineira
Flor de Maracujá 02	M	34	Ens Med Comp	2	Não	Do Lar
Tamarindo 03	M	24	Ens Med Comp	1	Sim	Pensionista
Flor do deserto 04	M	50	Ens Fund Inc	3	Não	Do Lar
Aguapé 05	M	39	Ens Fund Inc	3	Sim	Agricultora
Mandovi 06	M	59	Ens Sup Comp	3	Sim	Professora
Caju 07	M	46	Ens Med Comp	3	Sim	Lojista
Orquídea 08	M	40	Ens Fund Inc	2	Não	Comerciante
Aroeira 09	M	37	Ens Fund Inc	1	Não	Zeladora
Bromélia 10	M	84	Analfabeta	6	Sim	Do Lar
Seriguela 11	H	91	Analfabeto	8	Sim	Lavrador
Anjico 12	M	18	Cursando EJA	0	Não	Desempregada
Manacá 13	M	51	Ens Med Comp	3	Não	MEI
Babaçu 14	H	70	Analfabeto	3	Sim	Músico
Pequi 15	H	56	Ens Fund Inc	4	Não	Técnico eletrônico e músico
Cambarás 16	M	66	Ens Fund Inc	2	Sim	Do Lar e Bordadeira
Baru 17	H	50	Ens Fund Inc	4	Não	Montador de Móveis e Pedreiro
Tambaqui 18	H	24	Ens Sup Inc	0	Não	DJ
Helicônia – 19	H	26	Ens Sup Comp	0	Não	Comunicação
Açucena 20	H	39	Ens Sup Comp	2	Não	Pastor
Lianas 21	H	58	Ens Sup Comp	0	Sim	Padre - Pastoral
Araçá 22	M	33	Ens Sup Comp	2	Não	Pedagoga
Jenipapo 23	M	31	Ens Sup Comp	2	Não	Artista

QUADRO 05 – Caracterização Geral dos Participantes. Fonte: Dados de Pesquisa 2018.

3.3. A Técnica de Coleta de Dados

A entrevista, como técnica principal para a coleta de dados na TFD, foi realizada com agendamento prévio e no domicílio de cada participante.

Considerando a segurança e a necessidade de apresentação da pesquisadora para os participantes, todas as visitas foram realizadas com a presença do ACS, o que contribuiu para o aumento da confiança do usuário para a participação no estudo e facilitou a identificação dos domicílios. No entanto, ressalta-se que a condução da entrevista não foi realizada na presença do ACS.

As entrevistas foram gravadas em mídia digital, com duração que variou entre vinte minutos e uma hora e trinta minutos. Inicialmente foram formuladas quatro questões norteadoras do estudo: Qual o significado de necessidades em saúde para você? Qual o significado de saúde para você? Qual o Significado de doença para você? E o que você busca ao recorrer aos serviços de saúde?

À medida que a coleta de dados ocorria e por critério da TFD, cada entrevista era transcrita e analisada logo após seu término, novas questões foram acrescidas ao roteiro para melhor compreensão e confirmação dos significados atribuídos.

Para registro das percepções e reflexões sobre o fenômeno, suas características e o caminhar metodológico, foram elaborados memorandos, os quais são constituídos de notas reflexivas, teóricas e operacionais. As primeiras referem-se às impressões sobre quais os fenômenos estão se destacando, quais são os termos e significados apresentados direcionando para as teóricas. Estas se constituem em interligações entre códigos e conceituações originados dos dados.

A reflexão sobre estes conceitos direciona a coleta de dados adicionais, sendo que o roteiro é modificado a cada nova entrevista, com o objetivo de aprofundar os fenômenos, revelar propriedades e interligar constructos. As perguntas que já trouxeram resultados aprofundados não são repetidas para o novo participante. Os questionamentos que nortearam a coleta de dados e os desdobramentos destes em busca de aprofundamento de propriedades e dimensões encontra-se no **Apêndice B**.

A análise concomitante à coleta de dados e a comparação constante entre as entrevistas levaram a reflexões que direcionaram o caminho metodológico seguido e são registradas nos memorandos que são fundamentais para embasar o roteiro que será utilizado a cada nova coleta de dados.

Os registros para os próximos passos a serem seguidos na coleta e análise de dados são denominados de notas operacionais. Portanto, o memorando é parte fundamental do processo de análise. Por meio dele são tomadas decisões como, por exemplo, definir qual participante

entrevistar e qual questionamento será importante introduzir (STRAUSS, CORBIN, 2008). O **Apêndice C** é um memorando elaborado com exemplos de notas teóricas e de notas operacionais.

O período da coleta se deu entre fevereiro e novembro de 2018, quando se notou que havia ocorrido a saturação teórica. Esta ocorre quando se percebe que não há surgimento de novos conceitos ou significados que complementem o fenômeno estudado. Ou seja, a teorização que vem sendo elaborada, apresenta categorias inter-relacionadas entre si, com características e variação dimensional indicando certa consistência, que necessitam, a partir daí, de refinamento (FONTANELLA, RICAS E TURATO, 2008; STRAUSS E CORBIN, 2008).

Além disso, com a saturação teórica é possível compreender o processo e a estrutura que constituem a concepção proposta, assim como a relação de condições e consequências que fundamentam a teoria desenvolvida (STRAUSS E CORBIN, 2008).

3.4. A análise dos dados

Conforme proposto na TFD, a análise dos dados é um processo contínuo que ocorre concomitante à coleta de dados, direcionando os caminhos percorridos pelo pesquisador em busca de conhecer e aprofundar o estudo sobre o fenômeno estudado (STRAUSS E CORBIN, 2008).

O processo de análise dos dados – realizado por meio da **Codificação Aberta, Axial e Seletiva** – será detalhado separadamente, para atender fins didáticos de explicação metodológica do caminho de análise percorrido. Contudo, ressalta-se que esse processo não é linear, pois o pesquisador vai e volta entre uma codificação e outra durante a realização do estudo (STRAUSS, CORBIN, 2008).

A primeira análise de cada entrevista, realizada imediatamente após a coleta, é denominada de **Codificação Aberta**, e consistiu na realização de leituras, de forma minuciosa, linha por linha. Nesta etapa, cada unidade de análise foi nomeada com uma palavra ou sentença que expressava o significado desta para o investigador e indicava o fenômeno estudado. Estes são códigos preliminares, que possibilitam maior interação entre dados e pesquisadores (STRAUSS, CORBIN, 2008; SANTOS et al, 2016).

Na perspectiva Straussiana (2008, p.105) “o primeiro passo na construção de teoria é a conceituação. Um conceito é um fenômeno rotulado. É uma representação abstrata de um fato, de um objeto ou de uma ação/ interação que o pesquisador identifica”.

Desta forma, na primeira etapa de análise de cada entrevista são identificados os códigos iniciais que evidenciam conceitos, com características específicas, diferenciando-o dos demais,

denominadas de propriedades. A forma como essas propriedades variam dentro do conceito é denominada de dimensão e fundamenta a conceituação dos fenômenos (STRAUSS, CORBIN, 2008). Para Strauss e Corbin (2008, p.117) “propriedades são características ou atributos, gerais ou específicos, de uma categoria, dimensões que representam a localização de uma propriedade ao longo de uma linha ou de uma faixa”. Conforme Strauss e Corbin (2008, p.203) “a codificação aberta conduz à codificação axial” e vai se tornando mais específica durante a identificação dos fenômenos que fundamentam a teoria. No **Apêndice D** consta exemplo da codificação aberta realizada em fragmento de uma entrevista.

Na **Codificação Axial** os códigos construídos na Codificação Aberta são reagrupados, originando aqueles mais abstratos e que expressam conceitos mais amplos. Quando estas categorias precisam de um maior detalhamento e possuem questões específicas que precisam ser relacionadas, há a necessidade da construção de subcategorias, que proporcionam um maior poder explanatório ao conceito. Ambas, Categorias e Subcategorias, quando interligadas constituem representações que levam à constituição da teoria (STRAUSS, CORBIN, 2008; DANTAS et al 2009). A relação existente entre propriedades e dimensões de uma categoria e subcategorias está exemplificada na tabela construída e apresentada no **Apêndice E**.

Ao realizar a análise comparativa entre cada entrevista, o pesquisador identifica a similaridade entre as propriedades dos códigos criados e a possibilidade de agrupar por semelhanças, sendo estes agrupamentos nomeados como categorias.

Ao realizar a Categorização dos dados, o pesquisador escolherá uma denominação que englobe os significados encontrados na relação entre os dados, atribuindo um nome ao fenômeno. Essa denominação pode ser originária de expressões dos próprios participantes, que é um *código in vivo*, como por exemplo, neste estudo a “Relação com o Transcendente” que traz em sua conceituação propriedades relacionadas a espiritualidade dos participantes (STRAUSS, CORBIN, 2008; PALHONI, PENNA, 2017).

É possível que, ao final da análise dos dados coletados e analisados por meio da comparação constante, o pesquisador possa realizar declarações teóricas sobre o processo nos fenômenos estudados, relacionando o que acontece, quando acontece e com que consequências se depara (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Para Strauss e Corbin (2008, p.127) “quando os analistas codificam axialmente, eles procuram respostas para as questões do tipo por que ou de que forma, onde, quando, como e com que resultados, e ao fazê-lo descobrem relações entre as categorias”. Dentre os questionamentos realizados na análise axial, tem-se como exemplo: Quando você vai a um

serviço de saúde? O que você espera do profissional de saúde? Como é esse atender melhor? Como você acha que as relações interferem na saúde?

Durante a **Codificação Axial**, com a construção das categorias e suas subcategorias de forma relacionada, o pesquisador irá gradualmente refinando os dados e as interligações, possibilitando a identificação de uma categoria que relaciona-se com todas as outras, sendo inicialmente um esboço, mas já fazendo parte da etapa denominada de **Codificação Seletiva** (STRAUSS E CORBIN, 2008; QUEIROZ, 2015).

A **Codificação Seletiva**, terceiro momento de análise, tem por objetivo evidenciar uma categoria que seja considerada como central, permeando todas as demais, a qual consistirá na teoria do estudo. Logo, todas as categorias foram analisadas, refinadas e interconectadas, possibilitando a construção do fenômeno central (STRAUSS, CORBIN, 2008; DANTAS et al 2009).

A teoria foi refinada por meio da integração das categorias que embasam a criação do conceito, objetivando explicar uma ideia central por meio das relações que compõem a construção teórica do significado de Necessidades em Saúde. Durante todo o processo de análise dos dados, os diagramas são importantes, pois proporcionam uma visualização dos conceitos e da conexão que existe entre eles, possibilitando a reflexão sobre as relações de causa e condição, além de permitir a identificação do movimento dinâmico que existe na construção teórica (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Dessa forma, as demais etapas da codificação permanecem interligadas, pois ao aprimorar a conexão entre as categorias, há o surgimento de um eixo comum que engloba os conceitos encontrados. Este eixo central, gerado por meio de um processo no qual o pesquisador é participante, consiste na própria Teoria desenvolvida na pesquisa desde a primeira análise dos dados (STRAUSS, CORBIN, 2008; DANTAS et al 2009).

3.5. Aspectos Éticos

O presente estudo está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), portanto, após sua aprovação por câmara departamental, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP).

Além desta documentação, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice F) e o Termo de Autorização do Município (Apêndice G), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12, que regulamenta as normas para pesquisa

envolvendo seres humanos, devidamente assinados, pelos integrantes do projeto de pesquisa (BRASIL, 2012).

Após aprovação do COEP, foi estabelecido contato com o Secretário de Saúde do município de Coxim e demais gestores responsáveis, para assinatura do Termo de Autorização do Município.

A etapa de campo somente foi iniciada após anuência da instituição e aprovação do COEP. Para a realização da entrevista, foi utilizado um gravador com mídia eletrônica, com o único interesse de transcrever a conversa de maneira fidedigna e conseguir estabelecer uma maior interação, sem fazer anotações e prejudicar a compreensão dos significados. Os dados foram transcritos imediatamente após a coleta de dados, na intenção de favorecer a interação do pesquisador com os dados e possibilitar a análise imediatamente após a coleta.

Considerando o agir ético em pesquisas científicas os dados foram coletados e transcritos, respeitando-se a voz dos usuários da APS no município estudado.

Para a coleta de dados, foi apresentado pela pesquisadora o TCLE, o qual foi lido junto com os participantes da pesquisa e, conforme o aceite, foi solicitado que assinassem o referido termo em duas vias, ficando o entrevistado com a posse de uma delas, enquanto a outra foi arquivada pelos pesquisadores. O TCLE informa sobre os objetivos do estudo e a concordância dos entrevistados em colaborar voluntariamente.

Embora os riscos sejam mínimos, caso os participantes venham a contrair danos em decorrência da pesquisa e podendo ser comprovados, serão indenizados pelos pesquisadores.

4. CAPÍTULO IV: A ANÁLISE DAS RELAÇÕES ENTRE AS CATEGORIAS E A CONSTRUÇÃO DA TEORIA

Os conceitos e subconceitos delineados encontram-se organizados nas seguintes categorias e subcategorias, além de uma categoria central que representa a teorização proposta:

A. Primeira categoria: As Necessidades Próprias das Interações na Vida Cotidiana.

- a. Primeira Subcategoria: O autocuidado: “*cuidando do que eu podia cuidar*” – *Self*.
- b. Segunda Subcategoria: “Os relacionamentos na sociedade – A Interação com o *Outro*”.
- c. Terceira Subcategoria: “As relações com o espaço onde se vive – A Interação com o Ambiente Simbólico”.

B. Segunda categoria: A “Relação com o Transcendente” como suporte no cuidado das Necessidades em Saúde.

C. Terceira categoria: As Necessidades Afetadas – “quando o estado físico está visivelmente agravado”.

D. Quarta categoria: Serviços de Saúde: Respostas às Necessidades não Resolvidas pelo Autocuidado.

E. Categoria Central: As Necessidades em Saúde: trajetórias em busca de viver com qualidade na existência cotidiana.

Na discussão teórica dos dados apresentados, os *códigos in vivo* – falas literais das pessoas que representam conceitos - estão escritos entre aspas e as propriedades das categorias estão marcadas em negrito (STRAUSS, CORBIN, 2018). As expressões que remetem a luz teórica do IS estão realçadas em itálico.

4.1. Primeira Categoria: As Necessidades Próprias das Interações na Vida Cotidiana

Os dados discutidos e apresentados nessa categoria fundamentaram a construção do artigo intitulado “As Necessidades em Saúde de usuários e sua interação com a Atenção Primária”, o qual foi aprovado para publicação no volume 24 de 2020 da Revista Mineira de Enfermagem (REME).

As análises evidenciam que as pessoas possuem Necessidades em Saúde que são próprias das Interações na vida, que acontecem em um espaço e contexto singulares. É denominada de Vida Cotidiana, pois pressupõe a relação e a interação entre as pessoas que vivenciam esse espaço/tempo relacionando-se na sociedade, possibilitando a ressignificação e a possibilidade

de novas formas de agir. Portanto, o cotidiano das pessoas é considerado como o *locus* da ação e da interação social onde a vida acontece.

Nesta Tese, essas necessidades são evidenciadas por meio das relações da pessoa: consigo - denominado **Autocuidado** -, com **Espaço** onde vive e com o **Social**.

As relações entre esses conceitos serão discutidas nas subcategorias, relatadas a seguir.

4.1.1. Primeira Subcategoria: O autocuidado: “*cuidando do que eu podia cuidar*” – Self

Nesta subcategoria estão em evidência as nuances que compõem os **Hábitos de Vida** e a **Situação Financeira**, ambos representados pelo *código in vivo* “*cuidando do que eu podia cuidar*”. Ao referir-se ao conceito de autocuidado, os participantes relacionam propriedades que significam ações em busca de saúde realizadas por eles, na própria vida, sem ajuda profissional.

Alimentos escolhidos, natural de preferência, legumes, frutas, verduras, tudo isso nos ajuda na questão da alimentação, da saúde física. O ambiente limpo bem arejado isso ajuda (...). Tudo prevenção, câncer de mama é prevenção e a AIDS é prevenção. É você cuidar do seu corpo, tudo que é demais faz mal! Até a água se você tomar demais você se intoxica, tudo é prevenção tudo é equilíbrio! Desde o que eu como até a quantidade que eu como. A qualidade daquilo que estou comendo, tudo é prevenção (Aroeira 09 – Grupo C).

Como cuidados que fazem parte dos **Hábitos de Vida** evidenciam-se a ênfase na **Alimentação** com priorização de consumo de produtos naturais e a busca pela **Prática de atividades Físicas**. A **Situação Financeira** impactará nos comportamentos das pessoas, facilitando ou dificultando o acesso à rotina e a práticas significadas, na *Mente* das pessoas, como mais saudáveis.

A evidência dos cuidados com a **Alimentação** como característica fundamental nos Hábitos de Vida que compõem o **Autocuidado**, reafirma que, na interpretação das pessoas, o aspecto natural da alimentação é simbolicamente construído e significa maior possibilidade de prevenir doenças e aumentar a qualidade de vida. As pessoas agem buscando alimentos com maior qualidade e em quantidade suficiente para a nutrição do corpo, revelando preocupação com o cuidado de si e de seus familiares.

A busca por viver com mais saúde relaciona os **Hábitos de Vida** à prevenção de doenças, favorecendo a autointeração em prol do cuidado do corpo.

Muito, uma boa alimentação mantém a pessoa. O corpo humano necessita de uma boa alimentação, necessita de um bem-estar (Pequi 15 – Grupo C).

Se alimentar com frutas e verduras é a educação da minha família. Desde o começo é com essa alimentação regrada. Então eu não sinto falta de carne, eu evito queijo (Tambaqui 18 – Grupo C)

A **alimentação** de qualidade potencializa a sensação de cuidado consigo, com seu corpo, aumentando o bem-estar das pessoas, sendo relevante na autointeração e fazendo parte dos caminhos percorridos por meio da autoindicação de ação para a melhoria do vivido familiar. Alguns alimentos, considerados prejudiciais à qualidade de vida, não são consumidos na rotina da família.

Eu uso academia, faço pilates, faço hidroginástica, caminhada, cuidado com alimentação, muito cuidado com o que faz. Na minha casa mesmo é rigoroso, aqui não tem doce, não tem aquela sobremesinha, não tem acesso de massa e essas coisinhas mais (Mandovi 06 – Grupo B).

Os participantes do estudo, ao refletirem sobre sua própria vida, elencam ações de cuidado que fazem parte dos Hábitos familiares, em busca de viver com qualidade.

Dessa forma, as pessoas assumem, com autonomia, posturas para o cuidado de seu corpo, como o não consumo de alimentos considerados prejudiciais à saúde, assim como a realização de **Atividades Físicas** que envolvem o gasto de energia, promoção de bem-estar e qualidade de vida.

Como evidenciado nos dados acima, atrelada às ações comportamentais referentes à alimentação, a preocupação com a realização de **Atividades Físicas** faz parte dos **Hábitos de Vida** direcionados para a melhoria do desempenho do corpo, em uma autointeração de cuidado. O cuidado com **Hábitos de Vida** que signifiquem mais saúde é estendido aos familiares e pessoas que convivem na mesma residência.

Eu uso sabuquira que é uma semente em que o óleo dela é um pouco amargo né? Ela abre o apetite e limpa o intestino, limpa a pele né, então eu sei muito bem que ele é forte. Então, eu amasso um só e coloco numa água e vou dando aos pouquinhos pro neném tomar diluído com bastante água por que eu sei que ele é forte. No caso do meu filho caçula não, por que ele é um bebê, mas a minha filha que tem sete anos ela toma esse chá acho que desde os cinco (Jenipapo 23 – Grupo D)

Os achados demonstram que os alimentos naturais são introduzidos pelas famílias na vida das crianças, simbolizando vida com qualidade e contribuindo para que no futuro, este seja interpretado como um hábito de autocuidado para a manutenção da saúde.

As pessoas relatam conhecer os efeitos das plantas e sementes no organismo, favorecendo o funcionamento adequado do mesmo, de modo a introduzi-lo na alimentação familiar desde a mais tenra idade.

A minha mãe ela era fazendeira de chá. Diz que chá de canela com mel todo dia sara. Aí a canela eu sei que é bom para muita coisa. A gente toma chá com boldo e outras coisas (Cambarás 16 – Grupo C)

Também faz parte da **Alimentação** mais saudável o consumo de chás, com finalidades de **autocuidado**. A utilização de chás e ervas faz parte da cultura destes participantes, sendo

compartilhado de geração em geração, assim como as situações em que devem ser consumidos e quais os resultados são esperados de seu consumo.

Nesta propriedade, o consumo de chá relaciona-se também ao funcionamento do corpo, pois poderá, na interpretação dos usuários, melhorar o funcionamento corporal como, por exemplo, aumentar o apetite e acelerar o trânsito intestinal aliviando constipações.

Eu sou diferente disso, se eu dever {dívidas} eu não durmo! Eu não tenho apetite para comer. Pra mim faz muito a parte da saúde isso daí. Eu conheço pessoas que dão um duro para comprar um pouquinho de arroz, mas é difícil. Mas Deus é tão grande que eu viro para cá viro para lá mas dou um jeitinho, mas coloco um pouquinho dentro de casa (Babaçu 14 – Grupo B)

A **Situação Financeira** relaciona-se aos **Hábitos de Vida**, pois as pessoas expressam a necessidade do recurso financeiro para a obtenção de **alimentos**, bem como para o **sustento** de suas famílias. Assim, a qualidade e a quantidade de alimentos disponíveis no lar relacionam-se com a quantidade de recursos financeiros disponíveis para a compra de alimentos.

Mesmo desejando consumir alimentos de maior qualidade nutricional, por vezes a quantidade de dinheiro disponível permite a compra, com dificuldades, daquilo que é considerado básico na alimentação diária da família, como por exemplo, o arroz. Além disso, as dificuldades financeiras, como acúmulo de dívidas, podem impactar no estado emocional dos usuários, influenciando nos hábitos de vida adotados pela família.

Tem algumas pessoas, eu acho assim que, já tive experiências de pessoas, por exemplo, que a situação financeira ruim abala totalmente a saúde, o sono que tá relacionado a saúde, então assim, ele interfere e muito negativamente! Só que assim, se a pessoa está conseguindo pagar as contas e sobreviver, comprar algo que não seja assim tão supérfluo, você não precisa ganhar muito pra que você esteja feliz bem, com saúde (Araçá 22 – Grupo D)

Constata-se que a ausência de dinheiro para honrar os compromissos financeiros referentes à vida em sociedade, aparece como uma carência que, caso não seja suprida, pode vir a contribuir para o adoecimento do sujeito, impactando negativamente na saúde das pessoas. Além disso, na análise dos dados, a **situação financeira** varia dimensionalmente entre suficiente para o sustento e sobrevivência da família à escasso ou insuficiente para o consumo de itens básicos à rotina diária.

É. se a pessoa tem dinheiro ela não vai se sujeitar a esses postos! Vai ao médico, vai ao lugar que tem conforto, você tem dinheiro! Se não tem, o principal é a saúde e outro é o dinheiro (Seriguela 11 – Grupo B).

A moça, lá da secretaria de saúde, disse que daqui uns três anos você vai conseguir um neurologista. Eu falei até lá eu já morri, porque se você tem dinheiro você vai ao médico você é atendido e faz os exames (Cambarás 16 – Grupo B).

A **Situação Financeira** também influenciará na possibilidade do usuário de recorrer aos serviços de saúde privados, quando o acesso aos serviços oferecidos no município pelo SUS estiver comprometido. Ela representa, simbolicamente, maior possibilidade de acesso ao cuidado. Ampliando e potencializando as ações das pessoas para viver com saúde.

Dessa forma, as pessoas relatam que o dinheiro, quando suficiente, poderá facilitar a busca por mais saúde. Já quando insuficiente para o suprimento das necessidades, poderá ser tanto uma barreira ao consumo de insumos para a saúde como obstáculo para a adoção de **Hábitos de Vida** mais saudáveis.

Interfere na saúde, por exemplo, se eu não tivesse condições para ir à Campo Grande quando me deu problema no seio na época, na sua cabeça vem uma enxaqueca, já vira aquela coisa (Babaçu14 – Grupo B).

Mesmo recebendo assistência à saúde no SUS, os usuários expressam que a **Situação Financeira** interferirá em sua qualidade de cuidado da saúde, seja quando forem encaminhados para os serviços de referência em Campo Grande ou no **acesso** a medicamentos, insumos para o cuidado ou alimentos mais naturais.

A preocupação com a **Situação Financeira** deficitária poderá ocasionar sintomas físicos de adoecimento, que foram expressos pelos relatos de ausência de sono, dores de cabeça e indisposição para a realização de atividades de vida diária.

Como eu falei, se a responsabilidade é minha para ter saúde, eu tenho que ter recursos para buscar a saúde de forma geral, seja adquirindo, tendo mais alimentos saudável por um valor um pouco superior, até pagando uma cirurgia cara, caso seja necessário (Helicônia 19 - Grupo D).

As pessoas são responsáveis por si, por suas ações e consequências em busca de saúde, possuindo autonomia para decidir quais os caminhos para o autocuidado serão seguidos. No entanto, ressalta-se que a **Situação Financeira** poderá minimizar ou potencializar as decisões das pessoas em busca de viver de forma saudável, pois pode ser tanto suficiente para o **sustento** da vida em sociedade quanto insuficiente para as ações de autocuidado.

A análise evidencia a relação entre as propriedades que constituem o **autocuidado** como uma **necessidade** própria do cotidiano das pessoas, sendo relacionadas no **Diagrama II** que segue:



Figura 2: Diagrama II – Primeira Subcategoria: O autocuidado: “cuidando do que eu podia cuidar” – Self – Fonte: Dados de Pesquisa 2018.

Esta subcategoria pode ser **conceituada** por carências referentes ao **Autocuidado** que fazem parte do cotidiano das pessoas, não sendo cuidadas pelos serviços de saúde. A relação consigo, o *self*, influenciará nos caminhos percorridos pelas pessoas em busca de uma vida com qualidade, contribuindo para a construção de um viver saudável no cotidiano, que é singular.

As propriedades que constituem esse fenômeno são os **Hábitos de Vida** e a **Situação Financeira**. Os **Hábitos de Vida** variam dimensionalmente entre escolhas de **alimentos** para o consumo familiar, mais ou menos saudáveis. A **alimentação** com consumo de produtos naturais como chás e ervas, faz parte da cultura dos participantes do estudo. Além disso, também há variação dimensional, entre realização ou não de **atividades físicas**, para a melhoria da saúde do corpo e da qualidade de vida.

Já a **Situação Financeira** varia dimensionalmente entre suficiente ou insuficiente para o **sustento** das pessoas, com o suprimento das carências referentes ao **Autocuidado**. Pois as pessoas interpretam sua situação de vida e agem intencionalmente, sendo evidenciada a relação entre *Mente* e *Self* na busca pelo autocuidado.

Além da busca pelo Autocuidado, as pessoas também referem como necessidades próprias das interações na vida cotidiana, as propriedades dos relacionamentos na sociedade, que serão discutidas na subcategoria a seguir.

4.1.2. Segunda Subcategoria: Os relacionamentos na sociedade – Interação com o Outro.

No significado atribuído às necessidades em saúde são ressaltadas as **relações** entre as pessoas na sociedade, com enfoque na **convivência** familiar, no trabalho, na vizinhança e entre

as demais pessoas nos espaços de convivência social. A relação com o *Outro* é constituinte do comportamento das pessoas em busca do cuidado de si mesmas.

Você tem que sair, encontrar pessoas, conversar, disponibilizar o seu cérebro com outras pessoas e ir nos lugares. Eu gosto de fazer isso (Babaçu 14 – Grupo B).

Lógico! Você ficar sozinho, sem ter contato com alguém, eu acho que abate a pessoa, aí começa a entrar em depressão (Baru 17 – Grupo C).

A própria, os próprios meios de comunicação, a própria internet, ou o próprio celular certos momentos se não são bem geridos eles podem se tornar meios pelos quais as pessoas também entram numa vida de ilusão, uma vida que não tem sentido, que não tem contato, que não tem abraço, que não tem aperto de mão, que não tem diálogo, então tudo isso é que vai gerando [adoecimento] (Lianas 21 – Grupo D).

Os participantes relatam que há uma necessidade de desenvolver **Relações Sociais** para viver com saúde na *Sociedade*. Cumpre-nos destacar que isso se refere à presença física de outra pessoa, ao ouvir a voz, o que difere das relações estabelecidas pelas redes sociais, tão presentes na contemporaneidade. A ausência de relações sociais é expressa pelos participantes como um risco para o adoecimento e para o aumento dos problemas na vida.

A busca por **Relações Sociais harmônicas** e mais estreitas faz parte da necessidade de convivência social que é buscada pelas pessoas nos espaços de convivência.

Tem certos tipos de companhia que faz adoecer a gente, porque o meu próprio casamento estava me deixando doido (Baru 17 – Grupo C).

Então eu sou a favor do seguinte, por mais que seja mãe, marido, irmão, filho, sei lá, se te intoxica sai fora! Eu penso que pra você estar em harmonia em comunidade, você tem que estar em harmonia primeiro. Você não vai poder ajudar ninguém se você estiver mal (Jenipapo 23 – Grupo D).

No entanto, evidencia-se que a construção de **relacionamentos sociais** no cotidiano não ocorre sem consequências na vida das pessoas, pois a interação simbólica acontece e repercute em ações na sociedade. Os resultados da interação na **convivência social** podem ocasionar tanto **repercussões terapêuticas** na constituição da saúde das pessoas, como **repercussões adoecedoras**.

Então, se você tem paz tem tudo para viver bem, tem que sarar ficar bom da alma do espírito (Cambarás 16 – Grupo B).

Interfere diretamente por que quando você está bem com a sua família, você tem paz, o seu ambiente que você convive no momento de descansar, você se sente bem, quando você pode falar algo que você tá sentindo, sem ficar preocupado com o que a pessoa vai pensar. Você ser direto, você ter que ficar cuidando as palavras, sei lá, você só contribui por que você sente paz, você se sente amado (Araça 23 – Grupo D).

A **paz** na relação entre as pessoas é considerada primordial para a manutenção de ambientes de cuidado e da qualidade de vida, pois se configura como *Símbolo* de interação

social de forma harmônica com o *Outro*, sendo também benéfica para a saúde nas situações vivenciadas cotidianamente.

Alcançar a vivência da paz na sociedade potencializa ações de cuidado das pessoas na relação estabelecida de umas com as outras no cotidiano.

Tribulação, acho que ela traz vários tipos de doenças, viver numa vida tribulada é de brigas, indiferença, tratar as pessoas com indiferença (Caju 07 – Grupo B).



Figura 3: Diagrama III - Segunda Subcategoria: Os relacionamentos na sociedade – Interação com o Outro -
Fonte: Dados de Pesquisa 2018

A relação ruim entre as pessoas também é considerada uma interação, e ocasionará formas diversas de reagir após o pensamento reflexivo dos atos. Para os participantes deste estudo, estes relacionamentos sociais conflituosos são definidos simbolicamente como “intoxicantes”, ressaltando o efeito potencial e real da relação com o *Outro* na saúde das pessoas. O encerramento de um relacionamento ou o distanciamento do *Outro*, parte da premissa interacionista de que houve uma ação interpretativa, levando a comportamentos baseados na reflexão dessa interação.

A análise dos dados agrupados nesta subcategoria pode ser demonstrada pelo **Diagrama III**, apresentado:

A segunda subcategoria é **conceituada** pela análise das relações entre as dimensões que caracterizam a propriedade denominada de **Relacionamentos Sociais**.

A **Convivência Social** é necessária e acontece no cotidiano da existência das pessoas. No entanto, a depender da interpretação das ações do *Outro* e da dimensão simbólica que os **relacionamentos sociais** assumem nessa **convivência**, os impactos sentidos na qualidade de vida das pessoas poderão ser mais positivos ou mais negativos, possibilitando o surgimento de linhas de ações e de caminhos a serem seguidos pelas pessoas em busca de viver saudável no cotidiano.

Em uma perspectiva interacionista, as relações são necessárias para a interpretação e ressignificação de conceitos e do próprio vivido, pois na interação com o *Outro* há novas interpretações e reformulações do modo de construir a vivência em sociedade.

Dessa forma, a análise dos dados permite dizer que a construção de **Relacionamentos Sociais Harmoniosos** ocasiona **Repercussões Terapêuticas** na vida das pessoas. Já os **Relacionamentos Conflituosos** gerarão, potencialmente, **Repercussões Adoecedoras**. Em uma perspectiva interacionista, compreende-se que as pessoas interagem na sociedade e que os significados que surgem e são atribuídos nessa relação resultam em novas formas de agir e viver.

Constituindo as Necessidades Próprias das Interações na Vida Cotidiana já analisamos o autocuidado e as relações sociais. Na terceira subcategoria, será analisada a interação das pessoas com o ambiente – espaço simbólico onde elas vivenciam o cotidiano.

4.1.3. Terceira Subcategoria: As relações com o espaço onde se vive – A Interação com o Ambiente.

A vida das pessoas acontece em um espaço/tempo cotidiano, no qual elas interagem consigo, com os outros e com o **Ambiente**, operando em um espaço simbólico. Os dados desvelam que os modos de agir no espaço cotidiano também surgem das significações atribuídas ao Ambiente Interno – referente ao interior da casa – e do Ambiente Externo a essa moradia, referente ao local onde vivem e interagem.

Do micro da casa até a cidade, as pessoas, que tipo de trabalho realiza, por onde ela anda, de alguma forma afeta a saúde. Então, desde o ambiente que a pessoa tem em casa físico essa casa bem arejada que entra ar puro, entra luz solar. (...) se ela vive em uma cidade muita agitada se o estilo de vida é agitado se a cidade que vive, se o ar é puro ou poluído(...) todo o contexto que a pessoa está afeta a saúde (Helicônia 19 – Grupo D).

Tem. É a higiene em casa, do que você vai ingerir, tem que ser bem limpinho! Começa a saúde por aí faz parte da saúde. A casinha pode ser derrubada, que nem a minha, sendo bem limpinha (Babaçu 14 – Grupo B).

Há uma interação entre as pessoas e o espaço no qual vivem, norteando e redirecionando formas de agir nesse ambiente simbólico. A presença ou ausência de iluminação no ambiente interno, a forma de ocupação e interação com o espaço (estilos de vida mais pacatos ou mais agitados) são relações que acontecem com os locais de moradia e que proporcionaram mais ou menos qualidade de vida, a depender da busca de cada pessoa.

No que se refere ao **Ambiente Interno**, assumem relevância, como propriedades das Necessidades Próprias das Interações, os **Hábitos de Higiene e Organização**.

Se está tudo muito bem equilibrado o local onde você está, a limpeza, a higienização, o aroma, você fica mais saudável você está mais saudável naquele momento pelo menos. (...)Se o ambiente está bagunçado, atrapalha. Eu, por exemplo construí minha casa agora, tem três meses, e eu até agora não consegui arrumar ela, o quintal tá cheio de tijolos, tá cheio de telhas, por que ela ainda tá em construção né, eu só levantei uma peça pra eu poder morar enquanto levantava o restante e aquilo me desequilibra. Aquilo me deixa nervosa, estressada e isso não é saudável de ver o meu quintal todo cheio de coisas. Poderia estar com a graminha toda bonitinha, cheia de florzinhas e arvoretinhas. Isso me deixaria bem melhor, bem mais saudável. (Jenipapo 23 – Grupo D).

As pessoas buscam caracterizar seus espaços de moradia com elementos que representem e signifiquem sua vida naquele espaço singular. A organização do ambiente de moradia é realizada conforme as características de cada pessoa e os significados simbólicos atribuídos aos elementos que compõem esse espaço no qual a vida acontece. A higienização dos ambientes frequentados pela família evidencia uma relação de cuidado com o espaço, contribuindo para que o viver da família seja com mais saúde.

O quintal do vizinho, né, que é um sofrimento. Como você pode ver, aqui em casa e aqui na casa do meu cunhado está infestado de rato por que o quintal aqui é muito sujo, sem condições (...) aí eu tenho que cuidar das crianças por que rato é perigoso. Ah, todo mundo sabe que rato da doença (Flor de Maracujá 02 – Grupo A)

A ausência de preocupações com o cuidado do ambiente favorece a proliferação de animais causadores de doenças, bem como evidenciam uma relação com o espaço que impacta na qualidade de vida das pessoas que compartilham o mesmo ambiente.

Vai de vários setores para uma saúde! Ela {saúde} precisa de vários setores que se caminha bem. E como tem setores que não caminham bem. Eu acho assim, como: saneamento básico, uma coisa que não caminha bem, os cuidados dos terrenos, das limpezas dos bairros, coisas que influi e que acaba atacando na saúde (Pequi 15 – Grupo C)

Desde os princípios básicos de onde ela mora, saneamento básico, esgoto, alimentação. Quer dizer, tudo isso engloba a boa saúde da pessoa ou a má saúde da pessoa. Onde ela, por falta muitas vezes disso, de água potável, enfim, ela adquire a doença ou perde a saúde em detrimento destas questões (Lianas 21 – Grupo D)

As pessoas reconhecem que o cuidado do ambiente, para a promoção da saúde e melhoria das condições de vida nesses espaços, implica em uma articulação entre as posturas individuais de quem reside nesses ambientes e das ações públicas como saneamento básico e limpeza de áreas não ocupadas por moradores.

A poluição e uma série de coisas dessas de destruição da natureza interfere eu acho {falando sobre a saúde} (Cambarás 16 – Grupo C)

A principalmente na nossa região aqui as pessoas ponham fogo nos matos ai fica uma fumaceira e acaba com a gente (Baru 17 – Grupo C)

A presença de vetores, a poluição, os hábitos de queimadas da comunidade e a ausência de saneamento básico são denominados de **Questões Sanitárias** que causam prejuízos à

qualidade do **Ambiente externo à Moradia**, impactando na qualidade de vida dos moradores que se relacionam com esses espaços.

Não gosto de Coxim, declarado. Lá, na minha chácara, eu olho cedo pro horizonte, não corro risco de levar um tiro na cara {falando sobre a roça onde tem sítio}. E lá no fundo eu olho, cheio de mata, parece o paraíso! Tempo da primavera, ipê roxo, amarelo, pra quê mais terapia do que aquilo? Eu converso com galinha, meu carneiro até nome tinha. Minha vaca tem nome, chamo por nome, de noite eu olho a lua a vontade (Aguapé 05 – Grupo B)

(...) A depressão eu acho que é questão do meio em que vivemos do ambiente em que nós estamos (Tambaqui 18 – Grupo C).

É fato que no cotidiano podem existir e coexistir tanto **Relações de Afeto** como de **Desafeto** entre os participantes e seus **Locais de moradia**. Para os usuários, a moradia na cidade é cercada de fatores que minimizam a qualidade de vida das pessoas.

Já o próprio ambiente de vida na roça foi denominado de ambiente potencialmente favorável ao Cuidado, pelos efeitos terapêuticos relatados dessa vivência de relação próxima à natureza. O ambiente da roça assume significado simbólico para os participantes do estudo, dessa forma representa um local de moradia com mais saúde.

Fiquei melhor da depressão {na roça} Eu fico aqui eu fico doidinha! Já descobri que num tem ônibus amanhã pra mim ir embora, você tá vendo meu estado de nervo? Vou ter que tomar o cessa leão, pra aguentar ficar esses dias aqui! Senão eu num aguento não (Aguapé 05 – Grupo B)

Na relação simbólica dos participantes com o ambiente, a proximidade com a natureza, com seus aspectos bucólicos, o silêncio, a relação com as plantas e os animais diminuem as possibilidades para o desenvolvimento de agravos mentais, como a depressão. A impossibilidade de viver em ambientes mais naturais, na *Mente* das pessoas, simboliza que os riscos para o adoecimento mental foram potencializados.

É melhor a vida na roça! Eu nasci e me criei na roça. Tenho saudade da roça e se eu pudesse trabalhar eu vivia na roça. Eu não gosto de cidade não! É muito movimento e muito barulho (Seriguela 11 – Grupo B)

Tem. A vida na roça é outra coisa! Eu já morei na roça, porque lá você convive na natureza, você cria suas vacas, suas galinhas tudo é natural! (Cambarás 16 – Grupo C)

É relatado pelos participantes que nos ambientes mais distantes do centro do município, denominados de roças, também há uma maior proximidade entre as pessoas, que trocam artigos plantados em seus próprios quintais para enriquecer a alimentação. Na relação entre as pessoas e o espaço onde vivem, simbolicamente, o ambiente da roça é visto como potencial para aumentar a qualidade de vida e favorecer as interações.

O **Diagrama IV** mostra as relações entre as propriedades e a construção da categoria que relaciona a pessoa e o espaço onde vive como uma necessidade própria da vida cotidiana.

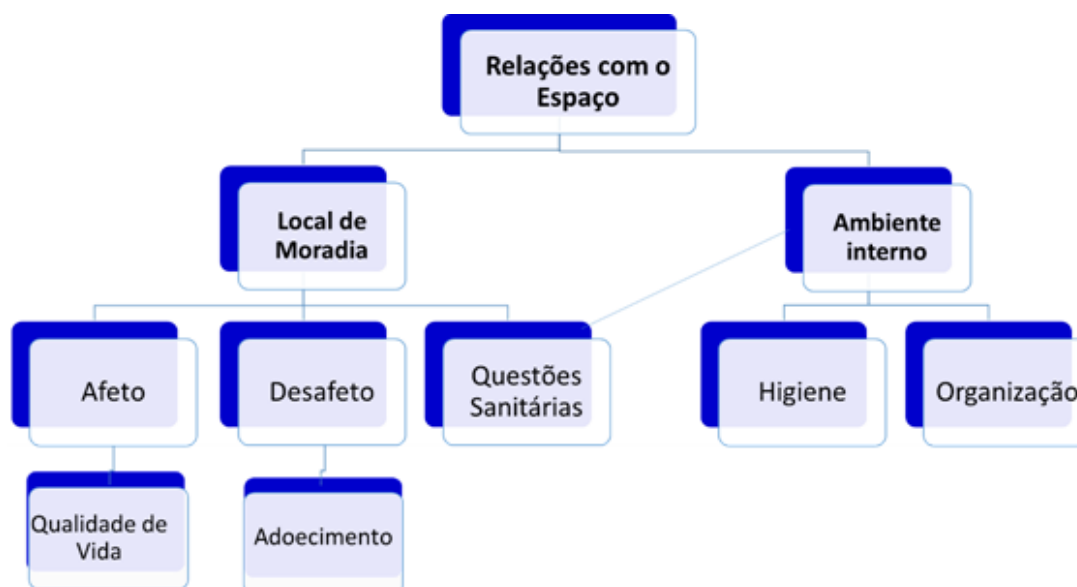


Figura 4: Diagrama IV – Terceira Subcategoria - As relações com o espaço onde se vive
Fonte: Dados de Pesquisa 2018

As relações com o espaço onde se vive são constituídas pelas **relações** construídas entre as pessoas e o **espaço** onde vivem, como objeto social, fazendo parte de seu universo de significados. Quando essa relação é baseada no **afeto pelo Local de Moradia**, há, simbolicamente, uma melhoria na qualidade de vida das pessoas. Já quando o sentimento em relação ao espaço onde se vive é de **desafeto**, este pode contribuir para o **adoecimento** das pessoas, pois são simbolizados como potencialmente prejudiciais ao viver com qualidade.

No que se refere ao **Local de Moradia** também assumem relevância as **Questões Sanitárias** que circundam o ambiente externo à residência, impactando na relação das pessoas com o ambiente interno da casa. Entende-se nesta análise que a interação das pessoas com o espaço onde vivem ultrapassa o caráter ecológico que envolve as Questões Sanitárias no ambiente, mas relaciona-se aos significados atribuídos a estes elementos sociais.

O modo de viver no **Ambiente Interno** também é influenciado pela interação com o espaço e seus significados, sendo que os **Hábitos de Higiene e Organização** reforçam o cuidado da pessoa consigo na relação com o espaço em que vive.

Como descrito na apresentação dos resultados que compõe essa categoria, entende-se que as **Necessidades Próprias das Interações na Vida Cotidiana** são reais, vivenciadas pelas pessoas e constituindo, por meio da *Mente*, formas de agir para alcançar saúde e vida com qualidade na *Sociedade*.

A relação entre a categoria e as subcategorias é demonstrada no Diagrama V que segue:



Figura 5: Diagrama V – Primeira Categoria: Necessidades Próprias das Interações na Vida Cotidiana
Fonte: Dados de Pesquisa 2018

A categoria **Necessidades Próprias das Interações na Vida Cotidiana** é construída de forma relacional com as subcategorias que têm como centralidade: o **Autocuidado – Self**, as **Relações Sociais** e as **Relações com o Espaço**.

A primeira subcategoria - denominada **O autocuidado: “cuidando do que eu podia cuidar” – Self** - possui como propriedades fundamentais: **Hábitos de Vida** e a **Condição Financeira**. Essas características expressam a autointeração das pessoas, em uma indicação centrada no *EU* para formas de agir na sociedade.

Em relação aos **Hábitos de Vida**, as pessoas recomendam a Si próprias a realização de atividades físicas e o consumo de alimentos naturais, como ações para viver com saúde. Essa realidade é expressa nos dados, pelo relato de bem-estar ao conseguir seguir as autorecomendações derivadas da autointeração. “*Cuidando do que eu podia cuidar*” é um *código in vivo* que expressa ações que são realizadas com autonomia pelas pessoas para viver com qualidade em sociedade, em um processo de autorreflexão e busca de novos caminhos de autocuidado.

A **Situação Financeira** pode potencializar as condições para uma vida mais saudável, proporcionando capacidade para o suprimento de carências significadas pelas pessoas como essenciais para a sobrevivência na comunidade em que vivem.

Além da autointeração, os participantes também se relacionam uns com os outros na convivência social na comunidade. Assim, a segunda subcategoria, tendo como centralidade a relação social com o *Outro*, foi denominada “**Os relacionamentos na sociedade – A Interação com o Outro**”, e possui como propriedade os **Relacionamentos Sociais**. Em termos

dimensionais, esses relacionamentos variam entre familiares, com a vizinhança, na comunidade e nos espaços de **convivência social**. No que se referem à qualidade, os **Relacionamentos Sociais Harmoniosos** potencializam efeitos terapêuticos, já os **Relacionamentos Sociais Conflituosos** podem repercutir em piora da qualidade de vida e /ou adoecimentos.

Na interação cotidiana, além de relacionar-se consigo e com os outros, as pessoas relacionam-se com o espaço em que vivem e realizam ações. Essa subcategoria é denominada de “**As relações com o espaço onde se vive – A Interação com o Ambiente**”, tendo como propriedades a relação com o **Local de Moradia**, que varia em aspectos dimensionais entre a presença e a ausência de afeto, haja vista que este ambiente é simbólico. Também importam as **Questões sanitárias** que podem trazer benefícios ou prejuízos a saúde das pessoas nesses espaços.

Em uma perspectiva interacionista o ser humano precisa lidar com aquilo que observa, interagindo com os elementos que constituem e assumem significados em seu universo, para nortear sua linha de ação. Desta forma, a interação com o **Ambiente interno** das moradias também assume importância, uma vez que ambientes mais ou menos **higienizados** e **organizados** pelos moradores que ali compartilham e realizam o seu vivido influenciarão no bem-estar e na qualidade de vida, sendo interpretados simbolicamente.

O cuidado das relações que compõem as **Necessidades Próprias das Interações na Vida Cotidiana** é buscado pela pessoa que, em ação social, percorre diferentes caminhos, a depender de sua história de vida, significações atribuídas às suas carências e interpretações dos objetos sociais, resultando em modos de agir para que estas necessidades sejam supridas.

Nesse caminhar em busca de viver com saúde, a espiritualidade das pessoas é um suporte para o cuidado. Nesta Tese, a espiritualidade é denominada pelo código in vivo “**Relação com o transcendente**” e é explanada na segunda categoria, a seguir.

4.2. Segunda Categoria: A “Relação com o Transcendente” como suporte no cuidado das Necessidades em Saúde

Na análise dos registros dos memorandos evidenciou-se que as pessoas significavam a relação com Deus desde as primeiras entrevistas, mesmo não sendo questionadas sobre essa relação. A associação entre a saúde, fé e as práticas cotidianas de cuidado precisaram ser analisadas com maior profundidade, para delimitar propriedades relacionadas. Assim em busca de um aprofundamento teórico foi constituído o grupo de participantes que frequentavam algum espaço religioso, na intenção de explorar como a relação com esse ser superior dialogava com as necessidades em saúde das pessoas em seu cotidiano.

Os achados teóricos analisados demonstram que o ser humano precisa de **Fé** em algo ou alguma coisa para seguir em busca de cuidado, mesmo quando seus recursos foram esgotados. Essa Fé promove esperança e forças para seguir adiante. Não se trata de uma necessidade de religião ou religiosidade, mas sim da necessidade de construção de um relacionamento com algo superior, que ultrapassa a existência terrena, por isso pode ser expresso pelo *código in vivo* **“Relação com o Transcendente”**.

Quando eu penso na minha saúde espiritual estou pensando na minha relação com o transcendente. Aquilo que não é palpável, mas para cada ser humano é muito presente que é a sua fé. Até aquele que diz que não tem fé em Deus a sua fé em não Deus está muito presente (...) parece que o ponto central da vida é a nossa relação com Deus é o nosso suporte primário (Açucena 20– Grupo D)

A **“Relação com o Transcendente”**, *código in vivo* evidenciado acima, influenciará nas escolhas de vida e na construção da visão de mundo do indivíduo, pois se mistura ao autoconhecimento, integrando a construção da relação com o *Self* e com o *Outro*.

Eu acredito que exista uma energia que nos rege e nós precisamos entrar em equilíbrio com ela. É uma espécie de teia, entendeu, dimensões em uma teia, nós estamos ali no meio da teia tentando nos conectar com o resto sabe [...]Pode não ser o Deus branco, barbudo, de olhos claros. Pode ser uma deusa né, eu acho que é o mais provável, por que ela é fértil, provém tudo como mulher, pode ser gaia a terra, a mãe terra, pode ser o universo, pode ser tanta coisa, pode ser a gente mesmo, o Deus interior como os indianos falam né. O Deus está dentro de você. Então assim existe uma energia fortíssima, mas ela num, ela é tão forte que pra mim não tem nome (Jenipapo 23 – Grupo D).

Para os participantes, a relação que eles desenvolvem com o ser superior é maior e mais profunda do que as imagens veiculadas pelas mídias daquilo que é divino. Essa interação dialoga com o *Self* e, por vezes, as pessoas não conseguem definir uma nomenclatura que expresse a relevância dessa conexão com algo que transcende a existência física e não pode ser reduzida a uma imagem.

Deus cuida da gente sim. Se você pedir alguma coisa pra Deus, Deus te dá né, se for da Vontade Dele, por que tem doença que vem e tem gente que já fez essa pergunta, se você tem um Deus por que ele não te curou e nem curou seu filho. Deus cura sim, mas se for para curar, se não for tem coisa que é pra ser pra sempre e nós temos que conformar assim (Aguapé 05 – Grupo B).

Mostra-se que a interpretação pelos participantes de sua **“Relação com o Transcendente”** oferece uma sustentação e fortalece suas ações, impulsionando a encontrar novos caminhos de cuidado, superando barreiras e obstáculos que fazem parte da vida cotidiana. As pessoas submetem-se ao que consideram *vontade de Deus*, por meio da relação de **Fé** estabelecida, confiando que os problemas por elas vivenciados possuem um significado em suas vidas, mesmo que elas ainda não compreendam.

Deus é tudo né? Quando você confia em Deus, vem a doença e você é forte! Ele ajuda a gente a enfrentar nossos problemas, principalmente no nosso dia a dia e família. Hoje em dia se você não tiver Deus, na minha opinião, você não é nada mesmo! Eu, sem Deus, não sou nada mesmo! Não sou ninguém, não sou nada sem meu Jesus não, nada. Desde quando eu conheci Deus, primeiramente, não sou de igreja nenhuma, mas creio muito em Deus. Eu oro, peço forças, saúde é o que eu mais peço a ele (Orquídea 08 – Grupo C)

A confiança estabelecida em *Deus* fornece esperança e representa simbolicamente um suporte no enfrentamento de situações ou demandas não esperadas pelas pessoas. Passar pelas adversidades confiando em algo que elas acreditam se tratar de um *Ser Superior* às suas próprias vidas confere força para a superação dos obstáculos.

Então, a gente treina isso procurar em Deus coisa melhor! A melhor solução para todas as coisas (...) Quando se tem fé, mesmo quando Deus diz não, existe ainda aquela fé! Mesmo que a porta se fecha ele continua sendo Deus (...) essa paz que vem de Deus, isso cura (Aroeira 09– Grupo C)

A fé é um lado que envolve a pessoa que vê e acredita! Fica mais fácil de romper barreiras para ele se livrar de certas impressões, de certas dificuldades (...) a fé é você acreditar! Ela influi na saúde, porque você está com coragem e com fé! Aí, as coisas ficam mais fáceis (Pequi 15 – Grupo C).

Ao vivenciar situações difíceis na vida como o adoecimento, sofrendo limitações, a **Fé** em algo superior e maior que os percalços terrenos muda a forma como os participantes se relacionam com seus problemas, influenciando na qualidade do viver cotidiano.

Parece que o ponto central da vida é a nossa relação com Deus! É o nosso suporte primário, se fôssemos falar a respeito de fé e tivéssemos uma conversa assim eu iria lembrar de tantos e tantos textos que o Senhor é o meu refúgio, meu socorro, meu presente na hora da angústia. Que ele é a minha rocha onde eu posso firmar na minha casa! Então é bem isso (Açucena, 20 – Grupo D).

A “**Relação com o Transcendente**” é simbolizada como um “**suporte**” que traz sustentação e força para as pessoas nos momentos difíceis vivenciados. É um recurso de cuidado da vida em sociedade.

Uma vida equilibrada, espiritualmente e emocionalmente é um grande suporte para enfrentar situações comuns do ser humano, como crises ou doenças, dificuldades físicas (...) talvez eu não me daria bem com algumas mágoas se eu não tivesse a ajuda de Deus, no sentido de ter Deus como um suporte. Ter Deus como aquele que proporciona a enxergar que a vida não vale a pena carregar esse sentimento, de que ele me ajuda, que o futuro tem algo melhor do que eu ficar abraçado com esse sentimento que está me corroendo. Então acho que é isso (Açucena 20 – Grupo D)

Relacionar-se com esse **Ser Superior** que, na concepção dos participantes, rege e controla suas vidas, faz com que a interpretação das situações vivenciadas direcione a modos de agir com **disposição** para o enfrentamento dos problemas. Essa **Fé** traz esperança e possibilita enxergar as situações adversas com positividade. Dessa forma, influencia tanto na relação da

pessoa com seus próprios dilemas como na convivência com seus familiares e com a comunidade da qual faz parte.

Quando a saúde está em desequilíbrio, olha eu recorro para o plano espiritual, é o primeiro lugar (...)Você pode estar bem com você mesmo, com seu corpo, com a sua mente, com a sua família, com o seu ambiente, você está meditando, tomando banhos de cachoeira, banhos de rio, banhos de mar, convivendo com a natureza, o seu espírito está bem, o seu mental está bem, mas você tem câncer, né, por exemplo. Então, seu físico não está correspondendo ao seu espírito, mas se você está com seu espírito bem mais energizado, seu físico, como que eu vou falar, vai dar menos trabalho (Jenipapo 23 – Grupo D)

A “**Relação com o Transcendente**” é vivida pelas pessoas no cotidiano e influencia tanto na autointeração como na interação de umas com as outras e com a natureza. Mesmo que o adoecimento vivenciado seja considerado grave, a **Fé** nesse Ser Superior possibilita enfrentar os adoecimentos físicos, sendo um “**suporte**” na vivência desses processos clínicos, minimizando os sintomas, fortalecendo a capacidade de enfrentamento e possibilitando o viver saudável apesar das doenças existentes.

Procuo muito ajuda, muita oração. Acredito, às vezes até busco, tipo assim, conversar com outras pessoas olha tá acontecendo isso e isso assim, ora, ora por mim, por meu filho mais ou menos isso. Por que, acho que em primeiro lugar é Deus! Até na hora de procurar um médico eu peço: meu Jesus abençoe esse médico que vai atender, que tenha um bom conhecimento e que eu entenda que a medicação dele faça um bom resultado, enfim (Caju 07 – Grupo B)

A “**Relação com o Transcendente**” é tanto um “**suporte**”, como o primeiro recurso na busca por Cuidados das Necessidades em Saúde. Antes de recorrer aos conhecimentos profissionais e aos serviços disponibilizados nas unidades de saúde, as pessoas dialogam com **Deus ou Ser Superior**, evidenciando que acreditam que Ele está no controle de todas as situações vivenciadas.

Por que a Fé, ela tá vinculada em você crer que Deus vai usar um médico, por exemplo, pra resolver o seu problema, que Deus vai usar um remédio. Deus deu sabedoria pra uma pessoa pra fazer aquele remédio! E que Deus vai dar a sabedoria pro médico, pro enfermeiro, passar a medicação correta, ou, simplesmente, que você não precise fazer uma cirurgia, ou um procedimento, ou às vezes até ir ao médico e aquela situação vai passar! Por que você crer que você vai ser curado, ou aquela situação vai se amenizar. Não necessariamente Deus está no negócio só quando você vê na hora o milagre acontecer, simplesmente, por que a dor sumiu, mas sim por que Deus abençoou também, Deus usou pessoas, Deus usou meios, é pra abençoar sua vida (Araçá, 22 – Grupo D).

A relação com esse **Ser Superior**, muitas vezes denominado **Deus**, e a **Fé** do indivíduo aparecem como recursos atrelados à busca pelo serviço de saúde, pois mesmo quando recorrem aos serviços, aos profissionais de saúde e aos insumos, confiam na Fé para cura e vida saudável.

A utilização de medicamentos e insumos é considerada um meio pelo qual Deus providencia melhora de sintomas clínicos.

Olha Deus, vou ao médico agora, conceda a ele sabedoria, discernimento para entender o meu problema e receitar o melhor tratamento, para que eu possa ser curado. É claro que após isso também a buscar a Deus em oração pedindo a ele providência para que ele faça acontecer mesmo a restauração (Helicônia 19 - Grupo D)

Evidencia-se que recorrer aos profissionais de saúde, aos medicamentos e aos serviços, não impede que as pessoas também busquem **suporte** para o enfrentamento de seus problemas em sua “**Relação com o transcendente**”, o que reflete um elo nas buscas de cuidado pelas pessoas. Para os participantes a relação com esse Ser Superior tem por base a confiança de que Ele direcionará suas vidas, possibilitando cura nos processos de adoecimento ou fortalecimento para vivenciar os problemas da vida.

Para mim envolve a questão da fé, eu vou à igreja acredito nos princípios que são pregados através da bíblia. Neles fala a questão da alimentação, com o cuidado com o corpo, por exemplo” (Tambaqui 18 – Grupo C).

Na igreja nós temos assim: nós aconselhamos bastante, nós temos a frente de saúde e ali nós conseguimos ter um aprendizado uma percepção diferente das coisas. Por exemplo, a igreja adventista ela tem hospitais, nós temos em Campo Grande no nosso estado tem, vários outros ao redor do mundo tem, em São Paulo, Estados Unidos e Europa todos os lugares. E nós cremos que realmente é Deus que nos salva! Não só do pecado e espiritualmente, mas ele também nos salva da realidade pecaminosa que é a fé da nossa saúde só que o bem estar mental e espiritual depende do bem estar físico (...) a igreja pelo fato dela pregar isso na mensagem de saúde isso faz com que as pessoas adotam o estilo de vida diferente pelo menos compreendo que existe uma forma de se viver saudável (Helicônia 19 – Grupo D)

Percebe-se que nas **igrejas**, *Símbolos* de locais sociais em que se encontram ensinamentos atrelados à **Fé**, as orientações são direcionadas para diversas nuances da vida dos indivíduos, como os cuidados com os hábitos de vida diários, os cuidados com o corpo, fornecimento de atendimentos com espaço para a escuta e o diálogo.

A igreja é rica em promover saúde e quanto mais organizada, mais disposta a igreja, quantos mais pessoas envolvidas, mais essa igreja pode atender as demandas. Se fosse para destacar algo seria imprescindível e fundamental termos uma relação com Deus. Eu como pastor, eu acabo ajudando muitas pessoas, como pastor como mais do que ser ajudado eu sou fonte de ajuda (Açucena, 20 – Grupo D)

Não é simplesmente uma igreja que busca converter as pessoas ou simplesmente trazer as pessoas para sua doutrina, mas sobretudo de ir ao encontro das pessoas necessitadas, afastadas, doentes. Nós estamos tendo uma incidência muito grande de suicídio na nossa diocese, nas cidades que compõe a nossa diocese, pessoas jovens. Tudo isso então é um trabalho desafiador. Mais do que converter, nós temos a missão de sempre levar uma palavra de esperança, uma palavra de força, uma palavra de fé. Por que a fé também ela é o embasamento para a vida (...) Se antes nós tínhamos uma igreja teocêntrica onde era tudo voltado para Deus, onde Deus era o Centro, então agora nós temos uma igreja onde as pessoas são o centro, diante de sua realidade, diante da sua fragilidade, essa que é a preocupação maior (Lianas 21 – Grupo D)

A interação que ocorre nos espaços religiosos e a centralidade da “**Relação com o Transcendente**” na vida contribuem para que as ações e hábitos de vida ensinados sejam, de fato, buscados pelas pessoas. Percebe-se que os líderes religiosos saem dos templos, visitam as comunidades e buscam cuidar daqueles que necessitam e procuram por ajuda em diversas nuances da vida.

Afinal de contas, Jesus nos disse que ele mesmo veio para que todos tenham vida e vida plenamente, vida em abundância, ou seja, nós temos que acima de tudo garantir a dignidade humana. Aqui mesmo na nossa paróquia nós atendemos pessoas, não só da nossa religião, mas muitas pessoas vem nos procurar, mesmo sendo de outras religiões, que tem dificuldades, que tem problemas de saúde, que não tem dinheiro, não tem alimento, não tem as condições básicas de sobrevivência. E nós prontamente atendemos a essas pessoas. Acho que é um pouco isso a nossa preocupação, a nossa identidade como igreja de hoje (Lianas 21 – Grupo D).

Há uma relação de cuidado e solidariedade entre as pessoas, para além das questões espirituais, pois percebe-se que existem ações das igrejas relacionadas às carências sociais, como, por exemplo, moradia e alimentação.

Evidencia-se que os ensinamentos para a vida, direcionados para a promoção da saúde, são esperados pelos membros das instituições e aprendidos nos espaços religiosos. Portanto, estes espaços não se restringem às práticas espirituais, mas dialogam com hábitos adotados pelas pessoas e com os problemas vivenciados no cotidiano.

Saúde espiritual é quando você tem fé. Fé, acho que é a base de todas as coisas, é fundamental para todos nós (...) a fé para mim é isso, é fundamental. Ela cura, ela transforma e faz parte da minha família da minha religião e ela é primordial na cura física, fé em Deus (Aroeira, 09 – Grupo C)

A fé é um lado que envolve a pessoa que vê e acredita que fica mais fácil de romper barreiras para ele se livrar de certas impressões de certas dificuldades, até mentais. Então eu acho que o lado espiritual tanto do lado e do outro é muito importante e envolve sim (Pequi 15– Grupo C)

Os dados demonstram a **Fé**, que baseia a “**Relação com o Transcendente**”, como **Suporte e Recurso** direcionado pela *Mente* para o **Enfrentamento dos problemas** que afetam a vida cotidiana. A **Fé** expressa a capacidade para acreditar em algo que as pessoas não conseguem demonstrar visualmente ou materializar, mas é real em suas vidas, influenciando em suas atitudes, nos relacionamentos sociais, na autointeração e nas decisões diárias.

Ah com certeza, ajuda! Deus fez a gente e sem Deus nós somos nada, a gente tem que ter Deus, ter fé, Deus ajuda em tudo (Serigueta, 11 – Grupo B).

Para falar a verdade, na minha cabeça eu não vou na igreja em lugar nenhum. Só eu e Deus aqui dentro de casa (Baru 17– Grupo C).

Esta relação com **Deus** não se restringe aos ambientes de cultos ou práticas, mas fundamenta-se na interação das pessoas com aquilo que elas acreditam existir e que traz sentido para suas vidas, contribuindo para o suprimento de suas Necessidades em Saúde.

Tem pessoa que vai a igreja conversar com Deus, com o pastor e procura a Deus para ajudar (Anjico 12 – Grupo C).

Eu não sei se eu vou enxergar isso um dia, se eu vejo um sistema único de saúde que existe para atender o cidadão na sua saúde, no sentido de que precisaríamos atender, mas eu vejo algumas situações interessantes que vale a pena citar aqui, o capelão nos hospitais. Eu vejo a capelania como algo que é fundamental, como um suporte para uma saúde básica do ser humano (Açucena, 20 – Grupo D).

Constata-se nos dados que a **“Relação com o Transcendente”** não ocorre de forma isolada pelas pessoas, mas tem significado na *Sociedade*, assim também se articula com os profissionais de saúde ao ser considerada em âmbitos institucionais por meio de serviços como as capelanias ou as pastorais.

Nós vemos isto na atuação dos aconselhamentos dos pastores que fazem com os membros da igreja, por exemplo, quando um membro procura aconselhamento, o pastor vai analisar a situação dependendo da situação encaminha para um psicólogo ele vai falar eu te ajudo espiritualmente até aqui, daqui para frente quem vai te ajudar vai ser um psicólogo ou uma pessoa que está preparado para isso, até mesmo um psiquiatra se for o caso (Helicônia 19 – Grupo D).

{Em Coxim} Pastoral da Sobriedade, da Criança, temos a pastoral do Idoso e temos a Pastoral Carcerária. Uma pastoral social, é bom que se diga, que ela está presente e vem do próprio concílio do Vaticano II e vem das diretrizes e das normas da igreja que tem uma atenção voltada para as questões sociais, aos problemas humanos. Tanto que a igreja católica ela tem, no mundo todo, uma grande atenção para com as questões sociais, seja pelas caritas, seja pelas pastorais mesmo, as pastorais sociais (Lianas 21 – Grupo D).

As capelanias nos hospitais, a articulação entre os profissionais de saúde e as pastorais, o aconselhamento pastoral nas igrejas, são interpretados como uma forma de cuidado das comunidades em parceria com os serviços de saúde. O aconselhamento pastoral é valorizado pelas pessoas que frequentam os espaços das igrejas, sendo, muitas vezes, buscados os profissionais de saúde por indicação destas lideranças. Evidencia-se que há uma relação de vínculo entre os membros das comunidades e suas lideranças espirituais.

A relação entre as propriedades que constituem a categoria, **“Relação com o Transcendente”** como suporte no cuidado das Necessidades em Saúde, está representada no **Diagrama VI** que segue:

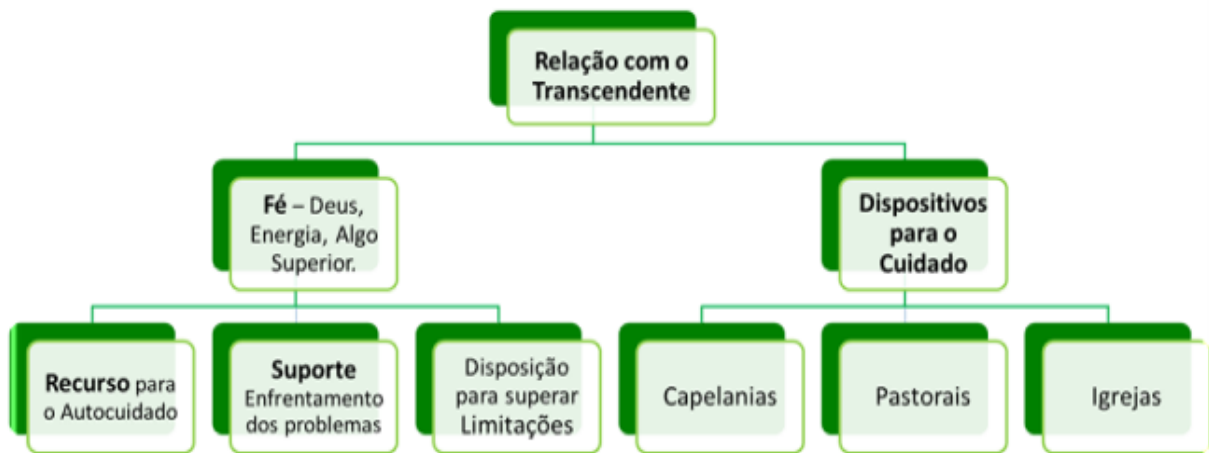


Figura 6: Diagrama VI – Segunda Categoria: A “Relação com o Transcendente” como suporte no cuidado das Necessidades em Saúde – Fonte: Dados de Pesquisa 2018.

A “**Relação com o Transcendente**” está relacionada à **Fé** das pessoas em **Deus** ou em Algo Superior, de denominação variada para os participantes. Essa **Fé** é um **recurso** buscado pelas pessoas para o **cuidado** de *si* e do *outro* nas relações sociais. Além disso, também funciona como um **Suporte** para o **Enfrentamento dos Problemas** vivenciados no cotidiano, seja quando as Necessidades em Saúde são afetadas e traduzidas em sintomas orgânicos ou quando resultam das interações que acontecem no viver em sociedade.

Assim, relacionar-se com o **Transcendente** possibilita enfrentar as adversidades advindas do adoecimento, significando seus sintomas e buscando diferentes formas de existir com saúde e qualidade de vida, superando as dificuldades impostas pela doença. Essa relação entre a pessoa e sua **fé** ultrapassa a busca por uma igreja ou a vinculação em uma instituição religiosa, sendo um recurso de cuidado que pode ser expresso por meio de uma oração, reza ou outra prática de espiritualidade, que permita o diálogo com o Ser Superior no qual se crê.

Desse modo, a **Fé** em algo que transcende a existência terrena leva a uma **Disposição para superar as Limitações** impostas quando as Necessidades em Saúde são afetadas e não há possibilidades de realizações das atividades, outrora, corriqueiras.

Os **Dispositivos para o cuidado** disponibilizados pelas instituições religiosas como os aconselhamentos nas **igrejas**, os serviços de **capelarias** e as **pastorais**, também são utilizados pelas pessoas em busca de qualidade de vida, auxílio nas decisões e nas condutas a serem tomadas em situações difíceis.

A articulação intersetorial, com o encaminhamento de pessoas para profissionais de saúde, por meio de aconselhamentos realizados nas igrejas, ocorre como uma iniciativa das

lideranças dessas comunidades. Na perspectiva dos participantes é esperado que o serviço de saúde responda apenas às necessidades orgânicas emergenciais ou crônicas e que forneça insumos para o cuidado do corpo que sofre os impactos de processos fisiopatológicos diagnosticáveis.

No entanto, por vezes, os líderes que aconselham os membros de comunidades religiosas identificam a carência de ajuda profissional para o tratamento de doenças como depressões e potenciais suicídios. Assim, dialogam com as pessoas e auxiliam na busca por ajuda profissional, seja voluntária na própria igreja ou na APS.

4.3. Terceira Categoria: As Necessidades Afetadas - “quando o estado físico está visivelmente agravado”

Entende-se que as **Necessidades Afetadas** são decorrentes de limitações ao exercício das atividades diárias no viver cotidiano, sendo expressas pelo código in vivo “quando o estado físico está visivelmente agravado”. As pessoas sentem-se adoecidas, com diminuição do potencial para a realização devido aos sintomas fisiopatológicos, como dor, febre, náuseas, indisposição.

Quando eu não consigo resolver espiritualmente e quando o estado físico está visivelmente agravado entendeu? (Jenipapo 23 - Grupo D).

As pessoas buscam suprir suas carências, sejam do próprio corpo físico, seja das próprias relações estabelecidas, por caminhos de cuidado que fazem parte de seu cotidiano. Quando os caminhos percorridos em busca de superar seus problemas não trouxeram os resultados esperados e os sintomas físicos são agravados, simbolicamente, os participantes interpretam que suas **necessidades são afetadas**, de fato.

É o mal-estar que incomoda, como uma dor de cabeça importuna que nunca para, que fica, as vezes, é esgotado na farmácia de tanto comprar analgésico e isso não vence se curar, não sabe o que é provocado, você não sabe a origem, então tudo causa mal-estar (Mandovi 06 – Grupo B).

Simbolicamente, os participantes relacionam a doença ao impedimento para viver ou fazer algo, a incapacidade, aquilo que limita a execução das **Atividades Diárias (ADs)** e que, muitas vezes é consequência de uma causa orgânica e é manifestada em sintomas no corpo.

Acho que é uma pessoa que não tem saúde, tem vários jeitos de ver quando a pessoa não está bem, falta de ânimo, o jeito de olhar a pessoa que não está animada, a pessoa está de cabeça baixa, acho que é isso, mas tem gente que está tá na pior. Tem doença que não deixa a pessoa fazer nada por causa da doença (Anjico 12 – Grupo C).

A saúde pra mim, a saúde não é só uma doença que você tenha. Você pode ter uma gripe, uma luxação, uma doença mais grave, mas pra mim a saúde ela é, ela atinge toda a pessoa. E tendo uma boa saúde ela possa enfim, trabalhar, estudar, ter uma vida

feliz, lazer né, sair de casa, enfim, tudo isso pra mim engloba a saúde do corpo e também a saúde mental (Lianas 21 – Grupo D).

Os significados atribuídos à Doença e aos impactos do **Adoecimento** na vida das pessoas são interpretados como processos que impõem **Limitações às Buscas de Cuidado** ou às realizações na vida pelo indivíduo, o que gera sofrimento e ainda mais limitações. A significação atribuída à saúde contrapõe-se às Limitações impostas pelo adoecimento e refere-se ao potencial para ação na vida, para tomar decisões, buscar caminhos alternativos, construir e enfrentar obstáculos.

Doença é tudo de ruim, dor, desânimo, falta de coragem e essas doenças terrível como câncer, a AIDS (Cambarás 16 – Grupo B).

Os impactos limitantes são relatados pelos participantes tanto em situações causadas por patogenias e sintomatologias já conhecidas por sua gravidade, como em situações nas quais as pessoas não conseguem exercer suas funções de vida diária.

Talvez uma pessoa tenha uma doença crônica, o fato da pessoa se alimentar mal, não descansar de forma apropriada, passar os dias sentindo cansaço com indisposição, a pessoa não está saudável. Então seria tratado como doença, realmente não é um estado de saúde plena (Helicônia 19 – Grupo D)

A **Limitação** orgânica, evidenciada pelas alterações na normalidade do funcionamento corporal, é a referência *Simbólica* do adoecimento na *Mente* das pessoas. Quanto mais limitada a busca pelo cuidado, maiores as dificuldades no suprimento do conjunto de necessidades inerentes à vida em sociedade. A pessoa percebe-se doente e os efeitos são, conseqüentemente, sentidos no organismo a cada dia mais.

É toda a condição que nos rouba a possibilidade de viver bem e em plenitude tudo que provoca a esse ser humano uma ruptura com a vida saudável, uma vida plena, uma vida bem vivida, eu colocaria como uma doença, uma enfermidade (Açucena 20 – Grupo D).

Doença é algo que incomoda que traz dor, acho que é isso (Araça 22– Grupo D).

A dor traz consigo uma simbologia de **Limitação**, pois inviabiliza as ações rotineiras que compreendem o viver da pessoa, modificando seu comportamento e formas de agir. O relato da dor traduz a linguagem do sofrimento diante de situações que envolvem o adoecimento.

A doença é pra mim estar indisponível para viver, você não está o suficientemente bem para viver, para viver como você quer viver. Você não está bem para pedalar, você não está bem pra estudar, você não está bem pra ler, pra fazer teatro, pra dançar, pra conversar, interagir (Jenipapo 23 – Grupo D).

Quando há uma **Limitação** nas atividades cotidianas da vida, impossibilitando o autocuidado, nota-se que as pessoas possuem necessidades que podem ser enxergadas por

outras pessoas, dentre elas os profissionais de saúde, pois podem ser explicadas como sintomas. Evidencia-se que há uma diminuição na disposição para a realização de atividades que fazem parte da vida da pessoa, sejam elas físicas ou intelectuais.

Quando eu procuro, quando não estou bem de saúde, eu só procuro mesmo quando eu não estou bem mesmo (Caju 07 – Grupo B).

Na hora que estou necessitando, quando estou precisando e quando não tem jeito de segurar, é quando vejo que estou precisando. Tem um limite que você vai segurando, segurando, tipo uma gripe que você pega, uma gripe você está ruim fica de cama você chegou no limite (Pequi 15 – Grupo C).

Ao interpretar sua sintomatologia e definir-se como doente, articulando *Self e Mente*, as pessoas agem após reflexão e interação com aquilo que já vivenciaram, portanto, recorrem aos tratamentos medicamentosos ou ao serviço de saúde, para que seus sintomas sejam curados. Constata-se que a **Limitação** precisa ter ocorrido de forma a afetar as ações cotidianas da pessoa para que ela defina-se como doente.

O uso de medicações e de terapias caseiras reflete uma tentativa de diminuição rápida dos sintomas limitantes vivenciados. A experiência prévia de vivência dos sintomas corporais do adoecimento – como dores de garganta, dores de cabeça, náuseas, dores abdominais – possibilita a utilização de conhecimentos adquiridos ao longo da vida, por isso denominados de **Tratamentos Previamente Conhecidos** como **medicamentos** de venda livre e/ou **tratamentos caseiros**, com intuito de resolver os problemas físicos que estão sendo vivenciados e para que não seja necessário recorrer aos serviços de saúde.

Só remédio de gripe, antes eu tomava muito remédio assim por conta, inflamou a garganta, tanto eu e minhas crianças. Desde pequena farmácia só antibiótico, hoje não, hoje não é capaz de achar antibiótico em casa. Quando inflama você tem que ir no médico ou o {marido} como ele é dentista, aí ele passa um remedinho. Aí você vai lá sabe que é a garganta que incomoda, aí sim. Mas se procurar outro, não tem. A gente tinha a vasilha cheia de medicamentos, anti-inflamatório principalmente de dor de cabeça, muito, eu sempre tive, sempre (Mandovi 06 – Grupo B).

Eu procuro sempre ter medicamento em casa. Desde quando eu tive minha filha, febre aquelas dorzinhas, dor de barriga tem que ter em casa. Chás, alguns remédios, lógico optando sempre pelo natural, droga mesmo só quando precisa mesmo, como dor de cabeça, garganta inflamada ou coisa assim a gente procura farmácia (Aroeira 09 – Grupo C)

As pessoas mantêm medicações consideradas básicas em casa, para facilitar o tratamento de sintomas considerados corriqueiros. Além do estoque de medicamentos em casa, são utilizadas as ervas e chás presentes nos seus próprios quintais ou nos da vizinhança, fazendo parte do que se denomina neste estudo de **Tratamentos Caseiros**.

Daí eu andei fazendo chá caseiro pra ela, só o de arnica que não pode tomar muito, que já foi indicado que chá daquela arnica não pode tomar muito não, aí eu apanhava hortelanzão, arnica, algodão crioulo, Graças a Deus melhorou bastante! (...) Ele falou

{médico}, só pelo que a senhora tá contando, é rim, aí eu vou passar um remédio pra senhora, só que esse remédio só vai chegar pra senhora lá pra quarta feira. Então, a senhora pode tomar o chazinho caseiro. Só que o médico falou que dependia do chá caseiro e do remédio que eu ia tomar que ia colocar pra fora (Flor do Deserto 04 – Grupo A).

Eu tomo os remédios e alguns chás que eu tenho que tomar, às vezes, a noite na hora de dormir (Cambarás, 16 – Grupo C)

Evidencia-se que a **Automedicação** e o uso de **Tratamentos Caseiros** acontecem de forma concomitante. O comportamento das pessoas está relacionado aos *símbolos* atribuídos às suas vivências dos sintomas, nas experiências dos adoecimentos e na interpretação dessas experiências, levando a comportamentos como a compra de medicamentos que é facilitada e resolve o problema, pois alivia o sofrimento, atingindo o objetivo a que se propõe.

Às vezes, a gente compra uns {medicamentos} por prevenção para uma dor de cabeça (Baru 17 – Grupo B).

Quando eu tenho remédio, eu procuro tomar, se não passar eu ligo na farmácia e falo que está acontecendo isso e isso se não passa eu vou ao médico (Anjico 12– Grupo C)

Os farmacêuticos ou atendentes nas farmácias realizam a venda de medicamentos por meio da interação com a comunidade, seja pessoalmente ou por telefone, ouvindo os sintomas e indicando as medicações a serem empregadas. O fato da medicação ser adquirida sem receita médica e seus efeitos serem conhecidos pelas pessoas – que agem baseadas em suas experiências prévias de vivência dos sintomas – colabora para que a automedicação seja uma prática rotineira na comunidade.

Único remédio que tomo é remédio para dor de cabeça e tirando isso é Buscopan. Assim, quando eu tinha pedra nos rins o médico receitava Buscopan e quando dava dor eu tomava e se não resolvesse eu ia no médico, só quando eu realmente preciso (Tambaqui 18 – Grupo C).

A realidade da dificuldade de acesso aos serviços de saúde nos municípios brasileiros, noticiada diariamente nas mídias sociais, é encontrada também no município de Coxim. Assim, as pessoas desenvolvem formas de buscar cuidados no adoecimento, na expectativa de alcançar **a resolução dos problemas** vivenciados, superando as **limitações físicas** impostas ao corpo, sendo a procura pelo serviço de saúde realizada em última instância.

A relação entre as propriedades que fundamentam esta categoria é explanada no Diagrama VII:

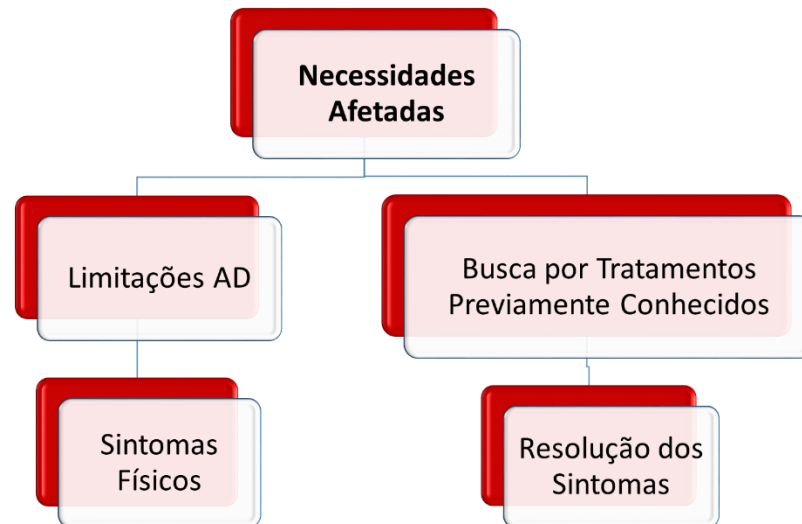


Figura 7: Diagrama VII – Terceira Categoria: As Necessidades Afetadas - “quando o estado físico está visivelmente agravado” – Fonte: Dados de Pesquisa 2018

As **Necessidades Afetadas** têm por propriedades as **Limitações das Atividades Diárias (AD)** e a **Busca por Tratamentos Previamente Conhecidos**. As **Limitações** variam dimensionalmente entre totalmente limitantes para o exercício de Atividades Diárias e parcialmente limitantes. Estas **Limitações** são decorrentes de **Sintomas Físicos** que variam, em níveis dimensionais, entre os constatáveis visualmente ou por procedimentos clínicos e aqueles não mensuráveis.

A **Busca por Tratamentos Previamente Conhecidos** é constituída pela prática da **automedicação** e da utilização de **tratamentos caseiros**, que variam entre os já experimentados pela pessoa/família e os não experimentados, mas que foram indicados.

A *Mente* possibilita a reflexão das pessoas sobre o processo que está sendo vivenciado, podendo o adoecimento ser constatado pela própria pessoa ou não. Quando essa tríade ocorre – **Limitações, Sintomas Físicos e Constatação do Adoecimento** – as pessoas agem na intenção de **buscar Tratamentos Previamente Conhecidos** para o cuidado de suas necessidades em saúde, com a finalidade de superar as limitações impostas à realização de atividades da vida, minimizando ou eliminando os sintomas físicos, sem que seja necessário recorrer aos conhecimentos profissionais em unidades de saúde.

Ressalta-se, que a **limitação**, como consequência e símbolo de que as necessidades são afetadas, é propriedade que evidencia processo de causa para a busca aos **Tratamentos Previamente Conhecidos** na *Mente* das pessoas.

Ao vivenciarem os processos que implicam em uma sintomatologia, as pessoas percorrem caminhos em busca de cuidado para a **Resolução dos Sintomas**. Interpretam e significam os sintomas que vivenciam, realizam autorreferência, dirigem seus próprios atos em busca de mais

qualidade de vida. Quando não conseguem resolver seus problemas físicos eliminando os sintomas, as pessoas recorrem ao serviço de saúde, que se configura como de difícil acesso, o que contribui para que seja o último recurso a ser buscado na trajetória de cuidado.

A busca pelo serviço de saúde é permeada de expectativas e de características próprias, a serem discutidas no próximo tópico.

4.4. Quarta Categoria: Serviços de Saúde: Respostas às Necessidades não Resolvidas pelo Autocuidado.

Os participantes expressam que os serviços de saúde estão direcionados para o cuidado de pessoas com Doenças físicas. Como a assistência disponível para a comunidade está relacionada aos adoecimentos, os usuários, interpretam e agem em busca do cuidado profissional das situações que circundam a doença, seja para a prevenção ou para o tratamento.

Os processos que envolvem o adoecimento das pessoas e a relação com os cuidados recebidos e disponibilizados pelos serviços de saúde são significados pela *Mente*, fazendo com que os usuários tomem atitudes diante dessas vivências. Recorrer aos serviços de saúde como última instância de cuidado não é uma ação mecânica do ser humano, mas trata-se de um processo interativo, interpretativo, permeado por símbolos e reforçado nos encontros de cuidado.

Dessa forma, o serviço de saúde aparece no sistema como um local complementar e não prioritário para a busca do cuidado do sujeito ao longo da vida. Configura-se no imaginário das pessoas, resultado da interação simbólica entre usuários – profissionais – serviços – sociedade, como o último recurso a ser utilizado em sua linha de ação para o cuidado.

Falar para você eu não sei, porque eu nunca fiquei doente! Eu vou te falar, eu só precisei do hospital quando eu fracturei o braço (Baru17 – Grupo B).

Doença é uma percepção mais profunda, que nós temos em geral, por exemplo, eu acredito que o termo doença em geral é só quando você se sente mal, precisa ir ao médico tomar algum medicamento para combater ou algo assim (Helicônica 19 – Grupo D).

A concepção de doença e do cuidado profissional é construída na relação das pessoas com o serviço de saúde ao longo da vida. O significado de estar doente é simbolizado pelos sintomas que levam a sensação de indisposição e limitam o exercício de atividades consideradas corriqueiras, de modo que o adoecimento e a persistência dos sintomas se configuram como motivações para a busca do cuidado profissional.

Olha, eu procuro porque eu sou hipertenso, então eu já desde tempos já tive um problema, quando eu descobri um problema de pressão alta eu tive que buscar um médico que realmente encontrasse uma medicação que realmente, e isso é tudo uma

questão que minha mãe era hipertensa, então tem toda uma questão que eu tive que me cuidar. Depois tive também um problema que eu tive que fazer uma cirurgia de hérnia inguinal, então tive que passar pelo médico (Lianas 21 – Grupo D).

Quando eu não consigo resolver espiritualmente e quando o estado físico ele está visivelmente agravado entendeu (Jenipapo 23 - Grupo D).

As pessoas buscam cuidar de si mesmas por diferentes caminhos, sendo os serviços de saúde utilizados quando não há outra possibilidade de ação na comunidade em que vive. Os serviços de saúde representam o cuidado do adoecimento e da possibilidade **de acesso a tecnologias** que não estão disponíveis na comunidade sem que haja indicação médica.

Primeiro eu não vou. Por que eu acho que foi alguma coisa que comi e me fez mal, aí eu não vou. Quando for no segundo dia, eu vou e compro um remédio na farmácia e se o remédio não está resolvendo aí eu vou procurar o médico, o que está acontecendo (Anjico 12 – Grupo C)

Os **medicamentos, consultas, exames, uso de tecnologias e insumos** para tratamento da saúde física, com prevenção e tratamento de doenças, evidenciam-se como propriedades fundamentais da expectativa da busca realizada pelo usuário ao recorrer aos serviços de saúde. O consumo dos procedimentos envolvendo uso de máquinas e produtos é significado como fundamental para a resolução dos problemas clínicos e o **acesso** a estes é considerado primordial para a obtenção de mais saúde.

Então eu vou no posto assim quando é vacina das crianças, ou quem leva é minha irmã. Cara eu tenho muito medo de injeção, muita. E quando é pra preventivo né, por que tem que fazer, aí eu faço. E só também (Flor de Maracujá 02 – Grupo A).

Então eu tô indo mais por causa que o meu esposo precisa da insulina. Hoje mesmo vão ver quando ele chegar se eu não vou ter que ir lá buscar parece que remédio de pressão (...) Quando eu marco exames, eu sempre procuro. Que nem agora mesmo ele falou que eu já tinha feito os exames assim de fezes, urina, sangue. Daí quando eu fui lá pra fazer (Flor do Deserto 04 – Grupo A).

Além do **acesso aos insumos e tecnologias**, os usuários esperam dos profissionais de saúde, **competência profissional** com demonstração de segurança na identificação e resolução dos problemas orgânicos, **agilidade no atendimento, acolhimento** durante o atendimento.

Por que você vai no posto e demora muito para ser atendido, as crianças e os idosos acho que deveriam ser atendidos primeiro, em relação aos outros. Mais você vai lá e demora muito, às vezes você é mal atendido, às vezes quando você consegue ainda bom e quando não consegue? (Camélia 01 - Grupo A).

Ele ser um profissional bom. Ele precisa ter tudo aquilo que envolve pra ele ser bom, não adianta ele tá lá e viver sem receber, viver sem luva, sem gases, sem álcool, como que ele vai ser um bom profissional se ele não tem o mínimo pra ele ser um bom profissional, como que você vai trabalhar se você não recebe (Tamarindo 03– Grupo A)

Os achados evidenciam que além da capacidade técnica do profissional de saúde, há necessidade de **insumos** para a realização de atividades clínicas nos serviços da APS.

A demora para a resolução dos problemas, o mal atendimento e a ausência de insumos para o cuidado são evidenciados no dia a dia dos serviços de saúde, não correspondendo às expectativas depositadas pelo usuário na atuação dos profissionais.

Buscar, melhoria bom atendimento, qualidade principalmente do profissional, segurança no que o profissional fala nos atendimentos deles (...) a gente busca primeiro a qualidade do profissional. A gente observa se ele tem segurança naquilo que ele está fazendo na investigação, se ele leva a sério o paciente dele, o prontuário que ele guarda para ele, que seja no papel, que seja no computador, para quando você chegar ele olhar (Mandovi 06 – Grupo B).

As pessoas esperam que o cuidado do profissional seja direcionado para a especificidade de seu caso, com conhecimento de sua história clínica por meio do prontuário. Para os participantes, a escuta ativa do profissional de saúde significa que a investigação do adoecimento será conduzida com maior responsabilidade e compromisso com o diagnóstico.

Eu espero que, caso tenha algum problema, que o problema seja resolvido. Primeiro, que as pessoas, que os profissionais de saúde, encontre aquilo que tá incomodando, o problema que tá me incomodando. Que faça um diagnóstico correto de algo que eu esteja sentindo, por exemplo, a cólica renal, né?! Ou seja, um diagnóstico preciso, atendimento humano de uma forma que eu venha me sentir um ser humano e remédios (Araçá 22 – Grupo D).

Nota-se que a humanização é simbolicamente definida pelos usuários como o ouvir atento às demandas apresentadas e a busca pela resolução dos problemas vivenciados. Além disso, a prescrição de medicamentos configura-se como símbolo de bom atendimento e competência do médico.

Eu espero que seja atendida. Nós chegamos nos serviços de saúde cheios de perguntas, por exemplo, no caso dos meus filhos, se tá com febre eu gostaria de saber por que que tá dando febre, o quê que está acontecendo. Então a gente espera que eles vão atrás dessas informações né, a gente sabe que febre é um agravante por que algo mais está acontecendo. Então eu espero ser atendida e descobrir os motivos dos sintomas (Jenipapo 23 – Grupo D).

Na interação com o profissional de saúde, o usuário espera que sejam buscados caminhos para o estabelecimento do diagnóstico e para o tratamento dos sintomas que serão relatados no momento da consulta médica. No entanto, a expectativa é que esses caminhos sejam esgotados pelo profissional, com solicitação de muitos **exames diagnósticos**, por exemplo. Estas solicitações associadas a encaminhamentos para especialistas e a prescrição de medicamentos são condutas interpretadas pelos usuários como tentativas reais de resolução dos problemas.

O que eu mais espero é ser atendida, que ali seja resolvido o meu problema, que não seja estendida {a dor}, que não precise ir até em outro lugar, é isso que a gente espera (Caju 07 - Grupo B).

A expectativa do usuário – doente ou com intuito de prevenir a doença – ao adentrar a unidade de saúde é de alcançar a **Resolução dos problemas** com a identificação diagnóstica do que está acontecendo com seu corpo. Assim espera o fornecimento de informações referentes às causas do adoecimento e das formas disponíveis para o cuidado. Nessa perspectiva a **Resolução do Problema** e a **Competência Profissional** são propriedades fundamentais.

São cuidados, acho que é cuidado né, como atendimento médico, bom atendimento médico, melhorias nos medicamentos nos postos de saúde, nos hospitais, profissionais da área né, isso pra mim é bom atendimento de saúde na área não você e ter um clinico geral pra atender tudo, que tem pelo menos as especialidades (Mandovi 06– Grupo B).

Que aquele médico, que aquela medicação resolva o meu problema. Porque as vezes nem médico no posto de saúde não tem, graças a Deus eu não preciso muito até ontem, aconteceu um fato do meu marido cair da escada nós passamos um maior sufoco e aqui mesmo foi resolvido o problema (Caju 07- Grupo B).

Conforme a análise dos dados, o **médico** aparece como profissional mais buscado, sendo a linguagem prescritiva das consultas símbolo de conhecimento e da capacidade para ser **referência** no tratamento das doenças e na resolução dos problemas. Para os participantes do estudo, o médico é o profissional que detém a possibilidade de prescrição de medicamentos, encaminhamentos para especialidades e aquele habilitado à solicitação de exames complexos, sendo, portanto, símbolo que representa a resolução dos problemas do adoecimento.

Normalmente quando se trata de alguma coisa simples eu procuro a enfermeira porque é muito mais fácil ser atendida, porque nunca tá cheia as filas para a enfermagem (Jenipapo 23 – Grupo D)

Evidencia-se que os usuários reconhecem a importância do **enfermeiro** para a obtenção de informações no que se refere aos processos fisiopatológicos vivenciados e à prevenção das doenças. Também salientam que o acesso às consultas deste profissional na ESF é facilitado pela ausência de filas.

É mais a enfermeira mesmo, pra eu procurar o médico é mais pra receita por que a enfermeira não pode passar a receita, é só o médico (Tamarindo 03 – Grupo A).

Eu achei assim, não sei se por conta do posto, tem que preencher papel e na verdade ficou nisso. Assim o diálogo mesmo, não achei assim não, só conversou o que tinha lá no papel, o que tinha que preencher, foi muito atencioso sim, mas eu não achei assim tão interessante {falando sobre o enfermeiro}. Agora assim, quando eu era adolescente, tinha uma enfermeira do posto de saúde que ela atendia, isso já faz alguns anos, ela atendia assim muito bacana. Ela fazia aquele pré atendimento, dependendo da situação nem passava para o médico, mas ela era muito atenciosa e ela não era só técnica, técnico que eu digo é ter que ficar preenchendo papel, preenchendo papel, praticamente não tinha. Ela não ficava o tempo inteiro só preenchendo, ela conversava olhando no olho e prescrevia, prescrevia assim direcionava de uma forma muito eficiente (Araça 22 – grupo D).

A atuação do enfermeiro é associada à realização de procedimentos burocráticos como o preenchimento de documentos, além de consultas que não envolvam doenças graves, bem como a administração de vacinas e injeções e a distribuição de materiais para o cuidado domiciliar.

Na concepção dos usuários da APS, o acesso aos cuidados da Enfermagem é facilitado, no entanto, sua capacidade para a resolução dos problemas é impossibilitada pela limitação a solicitação de exames e a prescrição de medicamentos. Espera-se que sua competência profissional seja utilizada na interação com o usuário, por meio da identificação se a situação vivenciada exige ou não a consulta com o médico da unidade.

A busca por consumir exames diagnósticos e consultas com especialistas na APS evidencia que os usuários não enxergam a promoção da saúde como uma ação desenvolvida pela ESF.

Para os participantes do estudo, ter acesso aos cuidados clínicos profissionais com resolutividade e presteza é primordial, faz parte das competências profissionais e da própria razão de existência desses espaços de cuidado no pensamento das pessoas. O indivíduo espera que tenha **acesso ao serviço de saúde**, para que as questões que envolvem o adoecimento sejam resolvidas. A resolução destes problemas é da competência dos serviços e dos profissionais de saúde que neles trabalham na MENTE dos usuários do SUS.

É eu vejo que a gente é uma saúde bem precária aqui. Aí eu me preocupo nesse termo, tipo, se ficar doente, no caso de emergência, até se deslocar para Campo Grande (Caju 07 – Grupo B).

(...) eu já entrei lá dentro, achei muito bom {hospital regional! Não é um hospital descuidado, eu acho assim ele deveria ser um ponto de referência maior para nossa região para eu não ter que precisar fazer uma cirurgia em Campo Grande, a distância é enorme! Você passar três quatro horas nas estradas, é dependente de uma vida {expressão regional significando muito tempo gasto}. Então assim, nosso hospital tem estrutura para isso o que falta é investimento nele (Tambaqui 18– Grupo C).

Mas mesmo assim ainda temos a carência de muitos especialistas e em muitos casos as pessoas têm que ser levadas para Campo Grande, por que esse hospital embora sendo regional ainda não tem todos os equipamentos e nem todos os médicos né?! Então é uma região no Mato Grosso do Sul que ainda é muito carente, muito desafiadora né?! (Lianas 21– Grupo D).

O **acesso** à atenção secundária e terciária no município, a depender da gravidade do quadro clínico, é dificultado pela necessidade de encaminhamentos que são referenciados para uma distância espacial de 259 km entre o município de Coxim e a capital Campo Grande.

Quando a criança tá doente eu já passei muita dificuldade por que eu tenho dois filhos e é um casal de gêmeos e foi muito difícil pra conseguir ter saúde pra eles, porque eles nasceram prematuros né?! Ficaram dois meses na UTI. Então saíram daqui foram pra Campo Grande ficaram dois meses internados lá, aí passei muito por dificuldades né?! (Camélia 01 – Grupo A).

Pra eu poder sair, pra ir num hospital, num médico né? Eu acho que é mais fácil eu morar tipo, mais perto que nem São Gabriel, ou Nova Alvorada do Sul, ou uma cidade mais próxima (Aguapé 05 – Grupo B).

Ahhh muito transtorno {sobre ida a Campo Grande}! É transtorno, por exemplo você vai fazer só uma consulta, ai pede um monte de exame, ai você tem que ficar lá ir um dia com antecedência, sair madrugada altas madrugadas daqui no meu caso eu e meu esposo eu dirijo aqui em coxim, mas na BR já não dirijo ai já precisa de um condutor para levar, ai é aquela coisa (Manacá 13 – Grupo C).

A barreira geográfica somada à demora para o encaminhamento de especialidades clínicas constituem obstáculos aos caminhos de cuidado nas situações de adoecimento. O município de Coxim é localizado no interior do estado, e os usuários são encaminhados para Campo Grande, capital do Mato Grosso do Sul, para a realização de consultas com especialistas, cirurgias diversas e casos que envolvam gravidade do quadro clínico.

Por que, na maioria das vezes, que nós vamos em busca de uma ajuda médica no SUS, ela é demorada em alguns setores de tratamento, de ajuda em relação de tratamento é bastante demorada. Eu sou testemunha disso! Eu passei cinco anos esperando tratamento nos meus ovários, mas não tinha essa ajuda aqui em Coxim. As pessoas que tinham esse problema tinham que fazer tratamento, tinha que ir em Campo Grande, três, quatro e cinco vezes por semana isso é bem sofrido só quem passa por isso sabe que é sofrido (Aroeira 09 – Grupo C).

Além das barreiras ao acesso apresentadas, relata-se que a assistência nos casos de adoecimento em que é preciso recorrer ao sistema público de saúde é demorada, por vezes, espera-se por anos. Pensar sobre essa demora e sentir seus efeitos no cotidiano de vida contribui para a característica da APS como último recurso a ser buscado pelas pessoas no SUS.

Às vezes eu vou atrás de um remédio ou de uma coisa, hoje em dia nem vou mais a posto de saúde, quando eu passo por médico eu passo por um particular (Bromélia 10 – Grupo C).

Por vezes, por entenderem que seus sintomas não podem esperar a demora na rede assistencial pública e a imperfeição do acesso, as pessoas que possuem recursos financeiros recorrem aos consultórios particulares como primeira opção de atendimento clínico. Simbolicamente, os serviços públicos defasados e ineficientes contribuíram para que os serviços particulares de saúde ganhassem notoriedade no Brasil, bem como para que no imaginário dos usuários representassem sinônimo de resposta rápida e efetiva aos sofrimentos do adoecimento.

Você vai fazer uma consulta com o médico aí no posto, você chega lá não é atendido naquele dia, vai marcar para quinze ou vinte dias para frente, para você esperar para conseguir uma consulta. Quem tá precisando logo não pode esperar, ele vai morrer antes de ser atendido (Seriguela 11 – Grupo B).

A **dificuldade de acesso** à assistência, com demora para o agendamento das consultas médicas e a demora na sala de espera para o atendimento, levam o usuário a procurar outras alternativas profissionais para o cuidado de suas necessidades orgânicas, como o uso de planos de saúde privado.

Saúde sempre em primeiro lugar, mas aqui no nosso Brasil isso está impossível estar em primeiro lugar, deixa muito a desejar os governantes o nosso SUS né, a gente paga tanto imposto para nada praticamente, mas a gente tem muitas pessoas boas que se esforça para ajudar a gente em várias formas são os agentes de saúde as enfermeiras nos hospitais (Orquídea 08 - Grupo C).

Por parte do Estado da prefeitura da mais atenção para as agentes de saúde, levar mais remédios para os postos de saúde, porque tem vezes que a gente vai lá, não tem umas gazes para pôr na ferida, não tem! (Babaçu 14 – Grupo B).

(...) Saúde e doença envolve cuidado, responsabilidade atenção, mais atenção com o próximo. O que mais precisa é a boa aplicação dos recursos públicos na saúde (Mandovi 06 – Grupo B).

Na concepção dos participantes o **investimento público** no SUS, em uma perspectiva macro, interfere nos resultados alcançados pelo cuidado das necessidades nas unidades de saúde em nível municipal. A ausência de investimentos é sentida pelos usuários quando seu acesso é limitado e suas expectativas não são atendidas.

Ademais, as pessoas reconhecem que o pagamento de impostos deveria retornar para a população em investimento na saúde, com disponibilização de insumos, tecnologias e profissionais para o cuidado.

Constata-se que a **Busca pelos Serviços de Saúde no SUS** é permeada de simbolismos que envolvem as interações que ocorrem diariamente nos serviços, entre as **expectativas** dos usuários e os **desafios** de cuidado dos profissionais, sendo as relações entre suas propriedades demonstradas pelo **Diagrama VIII**, que segue:



Figura 8: Diagrama VIII Quarta Categoria: Serviços de Saúde: Respostas às Necessidades não Resolvidas pelo Autocuidado – Fonte: Dados de Pesquisa 2018.

Ao conceituar-se a Quarta Categoria, evidencia-se que a **Busca pelo Cuidado no Serviços de Saúde** – que ocorre quando as pessoas possuem necessidades referentes ao **corpo físico** – é permeada tanto por **Obstáculos e Desafios** para o alcance do cuidado, quanto por **Expectativas**.

Os achados apresentados remetem às dificuldades do sistema de saúde em garantir o **Acesso** aos serviços, com seus **insumos e tecnologias** de cuidado. Este é dificultado tanto por barreiras organizacionais como por barreiras geográficas relacionadas à distância entre o município de Coxim e Campo Grande – cidade de referência para atendimentos especializados no SUS.

As pessoas relatam que a ausência ou o baixo **investimento público** nos serviços de saúde gera ainda mais obstáculos e compromete o cuidado. Ao buscar o serviço de saúde os usuários esperam que haja **Resolução dos Problemas** referentes ao adoecimento. Assim, esperam que seus sintomas sejam acolhidos por profissionais que tenham **competência** e com **agilidade no atendimento**.

O **médico** é o **profissional de referência** para as pessoas que buscam a APS, sendo considerado detentor da resolução dos problemas vivenciados no adoecimento. Já o **enfermeiro** é buscado para obtenção de **informações** referentes às doenças, fornecimento de insumos para o cuidado domiciliar, além da **prevenção** por meio de vacinas e consultas de triagem. Quando

todas as possibilidades de cuidado foram esgotadas pelo usuário e os sintomas de adoecimento do **corpo físico** persistem, há motivação para a busca pelos serviços de saúde.

As características do corpo físico que motivam a busca pelos serviços de saúde variam, em relação à sua dimensão, entre muito sintomático, com expressão de dor e sem sintomas na intenção de prevenção. Essa busca é atrelada às **expectativas** das pessoas, sendo significada pela *Mente* e permeada por construções simbólicas que impulsionam as formas de agir e trazem expectativas quanto à forma de cuidado dos Profissionais de Saúde. Desse modo, espera-se que o **acolhimento** aconteça nos serviços de saúde relacionado à **Resolução dos Problemas** vivenciados pelo adoecimento ou para a **prevenção** deste.

Espera-se que o **médico**, *Símbolo* referente à cura e efetividade de tratamento tenha **competência** no atendimento. A relação dos usuários com o médico varia entre o alcance da resolução dos problemas e a incompetência para que estes sejam resolvidos. O **Enfermeiro**, por ter seu acesso à consulta facilitado pela ausência de filas, é referência para o fornecimento de informações e nas ações de prevenção. Sua ação varia entre humanizada e burocrática, direcionada para “as coisas mais simples” (código *in vivo*).

São **obstáculos** e, ao mesmo tempo, **desafios**, significadas no cotidiano de busca por cuidado das necessidades relacionadas ao adoecimento: o **acesso** aos serviços ofertados na rede assistencial, da qual faz parte a APS e o **investimento público** no SUS. Ambas as propriedades estão relacionadas, já que na concepção dos participantes a ausência de investimentos contribui para a precarização dos serviços ofertados e dificulta ou impede o acesso das pessoas aos cuidados necessários em situações pontuais, por vezes urgentes, de adoecimento.

5. CAPÍTULO V: A TEORIZAÇÃO

A análise comparativa dos dados e a interligação dos conceitos evidenciados nas categorias possibilitou a construção teórica do significado de necessidades em saúde na voz dos usuários da APS, conforme ilustrado pelo Diagrama IX:

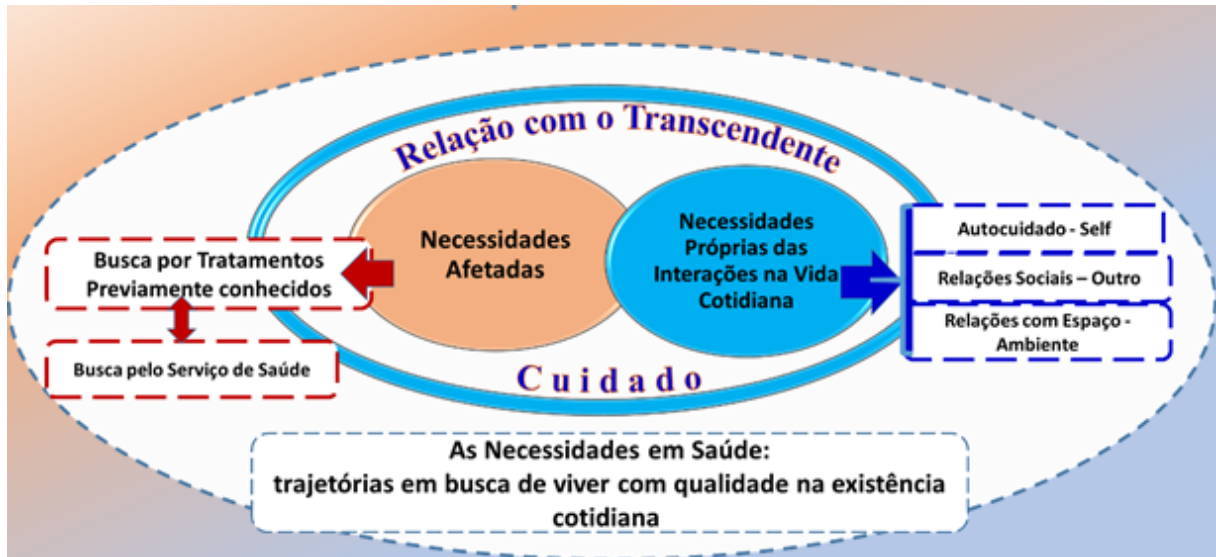


Figura 9: Diagrama IX – A TEORIZAÇÃO – As Necessidades em Saúde: trajetórias em busca de viver com qualidade na existência cotidiana. Fonte: Dados da Pesquisa 2018.

O diagrama representa a construção de forma relacionada das categorias, possibilitando o surgimento da categoria central, que consiste na **Teoria** deste estudo: **As Necessidades em Saúde: trajetórias em busca de viver com qualidade na existência cotidiana**.

As pessoas atuam em suas vidas buscando aquilo que simbolicamente contribuirá para aumentar sua qualidade de vida. Assim, relacionam-se consigo mesmo, o *Self*, com o *Outro* e com o *Ambiente*, em interações que acontecem no existir em um espaço e um momento histórico que contribuem para formas de agir e de buscar qualidade de vida em sociedade.

As Necessidades em Saúde são constituídas pelas relações existentes entre as **Necessidades Próprias das Interações na Vida Cotidiana** e as **Necessidades Afetadas**. Na relação que vai sendo construída, desde o nascimento até a morte, as formas de existir em sociedade resultarão em caminhos que serão percorridos, em busca de viver com maior qualidade, pela pessoa, por seus familiares em interação com sujeitos que configuram a rede de apoio para os cuidados, possibilitando um viver saudável.

Dessa maneira, as Necessidades em Saúde são derivadas do viver no cotidiano, não sendo possível estancá-las com uma prescrição profissional, pois fazem parte do existir das pessoas em sociedade.

Nesse sentido, as pessoas exercem o Cuidado de si mesmas – **Autocuidado** – e de seus familiares longitudinalmente, com autonomia na escolha dos caminhos a serem percorridos para viver com saúde, mesmo quando vivenciam processos de adoecimento. Nesta construção teórica, entende-se que conviver com uma doença crônica não significa, para os usuários, ser doente, desde que estes possam continuar realizando e sendo autônomos na construção de seu cotidiano de vida, descobrindo novas e diferentes formas que potencializem o viver com qualidade.

Desvela-se que as Necessidades em Saúde podem ser expressas pelas pessoas ao buscarem os **serviços de saúde**, porém os mesmos são voltados para o adoecimento, seja o tratamento ou a prevenção do mesmo, o que inviabiliza o reconhecimento das carências da vida cotidiana como necessidades cuidáveis pelos serviços de saúde.

As pessoas não enxergam finalidade em expressar as carências que cercam sua vida cotidiana para um serviço que direciona sua atenção para as situações que envolvem prioritariamente e, quase que exclusivamente, o adoecimento do corpo. O enfoque do cuidado nos serviços de saúde ainda é biologicista, o que resulta em construções simbólicas e modos de agir das pessoas, direcionados pelos sintomas ao buscarem pelo serviço de saúde.

Assim, o serviço de saúde aparece como último recurso na busca por cuidado das **Necessidades do adoecimento**. O cuidado na APS não é longitudinal, pois as pessoas recorrem aos serviços de saúde nas situações pontuais e limitantes que circundam o adoecimento.

As **Necessidades em Saúde** são expressas nas buscas por cuidado no cotidiano das pessoas, na qual resultarão em caminhos diversos a depender do contexto condicional que envolvem **as relações** da pessoa: Consigo – **Self** –, com as pessoas – **relações sociais** – e com o **Espaço** no qual vive. As interações que acontecem na vida das pessoas são fundamentais para que a vida em sociedade aconteça com qualidade, possibilitando o viver saudável.

Quando as **Necessidades em Saúde Afetadas**, geralmente expressas por dores ou sintomas de adoecimento, que levam a **limitações** no exercício **das atividades diárias**, as pessoas recorrem aos tratamentos previamente conhecidos – caseiros ou medicamentosos - e como o último recurso, aos conhecimentos profissionais.

Quando a “**Limitação**” ocorre com consequências físicas, sem que a automedicação elimine os sintomas, as pessoas buscam os serviços de saúde para a resolução do problema e o restabelecimento da saúde física. No entanto, além dos cuidados disponibilizados pelos profissionais no SUS, os participantes buscam concomitantemente cuidados em outros serviços, outros ambientes, saberes e práticas.

Nesta perspectiva, as necessidades em saúde não se resumem às demandas que chegam aos profissionais de saúde na APS, pois o cuidado acontece no cotidiano de vida relacional das pessoas. Assim, para que os serviços de saúde saiam da periferia do cuidado na vida das pessoas, há necessidade de interlocução com diferentes áreas da sociedade.

As demandas, que expressam apenas as **Necessidades em Saúde do Adoecimento**, estão relacionadas ao corpo, como a prevenção de doenças ou tratamentos clínicos, caracterizando-se por solicitações de consultas médicas, procedimentos, exames, medicamentos, insumos e orientações que resolvam os sintomas vivenciados.

Neste contexto, a interação simbólica e as diferentes concepções de saúde e doença construídas ao longo da vida, resultarão em diferentes modos de viver e de buscar por saúde. Os caminhos percorridos pelos participantes frente às situações adversas ao longo da vida são diferentes, mesmo que o contexto clínico seja semelhante.

O histórico de vida, a cultura, os valores, as crenças e a subjetividade interagem com a percepção e a interpretação do significado simbólico de saúde e doença, levando a diferentes caminhos de **Buscas por Cuidado** das necessidades em saúde. No entanto, ressalta-se que mesmo com as diferenças singulares e a subjetividade das pessoas, é comum no imaginário da sociedade brasileira, tanto em realidades de interior como Coxim-MS, como em municípios grandes, exemplo de Belo Horizonte, que a construção simbólica coloque o serviço de saúde como um local para a resolução dos problemas pontuais relativos ao adoecimento.

Vive-se em todo o território nacional uma epidemia de dengue, noticiada todos os dias em diversos telejornais. A reação das pessoas à não resolução da sintomática, a expressão de raiva e indignação diante de demoras generalizadas nos atendimentos é constatada diariamente, com reações de agressividade em relação aos profissionais de saúde.

Dessa maneira, o modo como cada sujeito é afetado pelos problemas da vida e como ele realiza a interação simbólica construindo seu lugar no mundo ocasionará buscas diversas para que o sujeito e sua família sejam cuidados. Se os serviços de saúde não cumprem o papel simbólico a eles atribuído, as pessoas interpretam e agem para que suas demandas sejam atendidas.

Ressalta-se que as **Necessidades em Saúde** são mais complexas que as demandas, pois se constituem das carências geradas no cotidiano de vida das pessoas e da interação do indivíduo consigo e na relação simbólica com o meio social em que está inserido, de modo que são mutáveis, singulares e subjetivas. Dessa forma, não necessariamente representam um fator limitante na vida da pessoa e não podem ser resumidas às doenças.

No cuidado das necessidades em saúde, a “**Relação com o Transcendente**” assume relevância, pois impulsiona a disposição para o enfrentamento das adversidades, contribuindo para a qualidade de vida das pessoas. Esta categoria configura-se como um elo de suporte entre as Necessidades em Saúde vivenciadas e os caminhos percorridos pelas pessoas para alcançar qualidade no viver.

Os valores, a cultura, a história e a família constituem-se como relações simbólicas que impactarão na interação do sujeito com seu próprio cotidiano. Essa perspectiva torna-se fundamental nesta construção teórica, pois se constata que mesmo sendo portadores de patologias crônicas semelhantes, o vivenciar do cotidiano gera diferentes consequências no modo de Agir em Busca do Cuidado.

Dessa forma, a compreensão de que as **Necessidades em Saúde** são complexas e que demandam cuidado para além dos muros das unidades de saúde, com intersectorialidade, olhar singular, escuta para além dos protocolos pré-estabelecidos, deveria ser o “princípio de tudo” para alcançar a integralidade do cuidado no âmbito do SUS.

Apresenta-se no próximo capítulo, um diálogo com os autores tendo como base a Teorização construída neste estudo.

6. CAPÍTULO VI: REFLETINDO E DIALOGANDO COM OS AUTORES

Para a compreensão da categoria central denominada **As Necessidades em Saúde: trajetórias em busca de viver com qualidade na existência cotidiana** é importante salientar que se entende como cotidiano o espaço onde as interações relacionais acontecem, no qual as pessoas são personagens principais de suas vidas, com autonomia e práxis em busca de um viver com qualidade (PENNA, 1996).

Considerar o contexto e a subjetividade do ser humano que vivencia realidades históricas, econômicas e sociais foi fundamental para compreendermos, sob a luz teórica deste estudo, o significado de “Necessidades em Saúde”, pois acontecem no cotidiano, no qual as pessoas vivem e atuam, construindo, significando, interagindo e transformando a realidade que vivenciam.

Carvalho, Borges e Rêgo (2010, p.153) afirmam que “para os interacionistas simbólicos, o significado é um dos mais importantes elementos na compreensão do comportamento humano, das interações e dos processos”. Essa fundamentação teórica embasou todo o desenvolvimento da pesquisa, tanto na construção do projeto como na coleta, análise dos dados e discussão dos resultados.

As concepções de carências em busca de viver com saúde são construídas por diferentes *Símbolos*, sendo influenciadas pelas relações estabelecidas, numa perspectiva interacionista, com o próprio *Self*, a *Mente* e o *Ambiente*, gerando interpretações com consequências que resultam em modos de agir na *Sociedade* em busca de cuidado.

Conforme discutido na apresentação dos resultados desta tese, as **Necessidades Próprias das Interações na vida Cotidiana** consistem naquelas que são vivenciadas no mundo e na realidade contextual das pessoas em interação umas com as outras e consigo mesmas. Assim, não se restringem as demandas biológicas do corpo (FARÃO, PENNA, 2019).

Para Hino et al (2012), em estudos realizados com indivíduos em condições de tuberculose, as necessidades em saúde ultrapassam a dimensão física, sendo associadas a dinâmica da vida em sociedade e as experiências vivenciadas nos serviços de saúde.

No que se refere às relações como necessidades em saúde, para Teixeira et al (2014, p.785), em pesquisa realizada com homens após o nascimento de um filho, além da ênfase nas responsabilidades com o suprimento do lar e com as carências da criança, evidencia-se que “também constituem necessidades a serem satisfeitas, entre elas a necessidade de convívio social e de lazer, necessidades relacionais afetivo-conjugais e necessidades orgânicas”.

Santos, Bertolozzi e Hino (2010, p.791) afirmaram que “as necessidades, tanto podem estar relacionadas às necessidades “fisiológicas” como alimentação, saneamento, moradia, como às necessidades mais “complexas”, como segurança e afeto”.

Os achados teóricos desta Tese corroboram com os estudos de Santos, Bertolozzi e Hino (2010, p. 792) que afirmam que entre as necessidades de saúde declaradas pelos participantes encontram-se “as carências de boa alimentação, moradia adequada, saneamento básico, acesso à cultura e lazer, condições adequadas de trabalho”.

Nesta perspectiva, os dados demonstraram que as necessidades em saúde ultrapassam o caráter biológico do ser humano e alinham-se com as condições de vida e de existência relacional em uma determinada comunidade, dialogando com os estudos de Matsumoto (1999) que desenvolveu uma Taxonomia das Necessidades de Saúde, na qual as interações sociais na cidade e as condições de vida são contempladas no grupo denominado “Necessidades de Boas Condições de Vida” (CECÍLIO, 2001; CECÍLIO, MATSUMOTO; 2006).

Para garantir o acesso a condições mínimas de vida com qualidade na sociedade capitalista, o dinheiro foi considerado, pelos participantes deste estudo, como fundamental. Os achados desta tese, confirmam a discussão realizada por Moreira et al (2019, p.11), pois declaram que “A escolha do que comer faz parte de um processo complexo e o fator econômico possui grande influência na hora da aquisição do alimento”.

Estudo de Teixeira et al (2014, p.784) apontam que “a responsabilidade financeira constitui pressão social sobre o homem, que, quando não cumprida, põe em xeque a sua masculinidade”. Dessa forma, os autores demonstraram que os homens deixaram suas necessidades de saúde em segundo plano, para priorizar seu papel prioritário de sustentar a família, no contexto de nascimento do filho.

Nesta tese, a “**Situação Financeira**” assume significativo papel no **cotidiano** tanto para homens como para mulheres, sejam eles jovens ou idosos, podendo ser suficiente ou não para garantir o acesso a alimentação saudável, medicamentos, serviços e atividades relacionadas à saúde e a qualidade de vida.

Em estudo realizado sobre a representação social do dinheiro para jovens universitários na região metropolitana de São Paulo, Carneiro, Franco e Barbiéri (2016, p.96) afirmam que “o dinheiro é necessário para sobreviver, traz motivação e ainda oferece qualidade de vida às pessoas. O dinheiro não é apenas um papel ou uma moeda de troca, seu poder de compra e conquistas vem carregado de significados”.

As carências próprias das interações da vida em sociedade, que são denominadas neste estudo de **Necessidades Próprias das Interações da Vida Cotidiana**, são cuidadas pela

própria pessoa ou por outros setores da sociedade como, por exemplo, as igrejas. O cuidado buscado e alcançado nas instituições religiosas relaciona-se à espiritualidade das pessoas.

Como sustentação e base para lidar com as adversidades, constata-se a existência da Fé em Algo Superior, que se mistura à própria condição de existência, trazendo sentido para a vida e propósito para as situações vivenciadas no cotidiano (MIQUELETTO et al 2017).

No que se refere à “Relação com Transcendente”, Murakami e Campos (2012, p.362) afirmam que “A religião é uma expressão da espiritualidade, e espiritualidade é um sentimento pessoal, que estimula um interesse pelos outros e por si, um sentido de significado da vida”. Quando enfrentam situações de dor e desespero, quando os problemas são difíceis de serem resolvidos, a Fé em um Deus ou uma força superior que rege o universo com propósito para a vida, faz com que as pessoas consigam buscar caminhos de superação, confiando e esperando em dias melhores.

Estudo realizado com familiares que vivenciam o cuidado no final da vida, Miqueletto et al (2017, p. 1622) analisa que “acreditar em Deus não significa apenas que a pessoa tenha uma religião, mas sim que é provida de uma espiritualidade, uma ‘força maior’, para enfrentar os desafios da vida”, o que influenciará na forma como enfrentar o processo saúde-doença, algo corroborado por esta construção teórica.

Hino et al (2012, p.1441), em estudos realizados com indivíduos portadores de tuberculose, afirma que “quando a crença estava agregada à força de vontade, esperança em relação à obtenção da cura e à coragem para realizar o tratamento, ela contribuiu para a realização do tratamento”.

Na segunda categoria fica evidente a **“Relação com o Transcendente”** ultrapassando os muros dos templos religiosos e integrando o cotidiano da vida social e familiar das pessoas. Os anseios espirituais ultrapassam as experiências no templo e relacionam-se com a vida em comunidade de fé e com o sentido para a vida. Nessa linha de raciocínio, Carranza afirma que:

O escopo do que será interpretado como religião, espiritualidade, interioridade e subjetividade é uma vasta gama conceitual que na experiência do indivíduo ultrapassa as fronteiras institucionais e doutrinárias. Não será só nas instituições religiosas – igrejas, portadores do sagrado, pastores ou padres – que encontraremos sinalizadores de experiências religiosas ou de processos sociais que levem a comportamentos e práticas religiosas (CARRANZA, 2008, p.69).

Valle (2008, p.104), ao discorrer sobre a espiritualidade, afirma que ela “consiste essencialmente em uma busca pessoal para o próprio existir e agir. Acha-se, por isso, unida à motivação profunda que nos faz crer, lutar, amar”.

Corroborando, Miquelletto et al (2017, p.1623) afirma que “Essa fé é capaz de fortalecer as pessoas”. Assim, o indivíduo que possui fé e enxerga um *ser supremo* no controle de sua vida, relata superar as adversidades e enfrentar as dificuldades da vida, sentindo-se disposto mesmo quando suas Necessidades em Saúde são afetadas.

A experiência individual de “Relacionar-se com o Transcendente” influencia na construção da lente com a qual o indivíduo analisa o cotidiano e transmite de geração em geração crenças e valores influenciado pelas diferentes religiões e pela vida na comunidade de fé (VAN NIEKERK, 2018).

O indivíduo sente-se cuidado nos diversos aspectos da vida, quando busca por aconselhamento pastoral. Nesse intuito, Farris define o aconselhamento pastoral:

O aconselhamento pastoral é geralmente associado com as igrejas protestantes históricas, como a Metodista, a Presbiteriana, a Batista e a Luterana, mas o modelo geral está presente nas diversas tradições religiosas. De modo geral, o aconselhamento pastoral é o processo pelo qual um pastor, ou outro representante da igreja, trabalha com indivíduos, grupos ou famílias, num contexto relativamente estruturado, com um programa de conhecimento emocional, psicológico e espiritual, tentando lidar com os problemas práticos da vida, geralmente as crises. O aconselhamento pastoral quase sempre se localiza dentro de uma comunidade de fé que pode oferecer um sentido de comunidade, imediato, e representa um universo de significado, universal (FARRIS, 2008, p. 162).

A concepção de espiritualidade fazia a separação entre corpo material e espírito, no entanto, nas duas últimas décadas esse conceito veio mudando e passou a abranger a vida humana integralmente, por meio de uma visão de mundo holística, na busca por um relacionamento individual com o sagrado (VAN NIEKERK, 2018).

Para Valle (2008, p. 101) “a espiritualidade é algo encarnado no contexto real da vida de cada pessoa e de cada época. Ela expressa o sentido profundo do que se é e se vive de fato”. Assim, assume significado simbólico para as pessoas, sendo suas ações em busca de mais saúde atreladas às práticas voltadas para o poder maior que emana do ser superior, a humanidade que pode resolver os problemas ou ser base para a tomada de decisão.

A Relação com o Transcendente é uma categoria de ligação entre todas as outras, pois as consequências de sua existência estão imbricadas em todas as demais, fazendo parte de todo o processo. Nesta perspectiva, o cuidado em saúde em uma perspectiva de interdisciplinaridade e a intersetorialidade faz-se urgente para integrar as necessidades das famílias e comunidades, tanto entre as áreas que constituem o saber científico da saúde como entre estas e as ciências sociais, considerando todo arcabouço histórico – social – cultural que se traduz por meio de *símbolos* e significados no cotidiano (CARRANZA, 2008).

O estudo realizado no desenvolvimento da dissertação de mestrado, que teve o objetivo de conhecer o significado de Necessidades em Saúde para os profissionais, evidenciou o Conceito de **Necessidades Visíveis**, que é utilizado na discussão dos dados desta Tese, pois se encontra correlação entre os achados teóricos. Estas se relacionam às demandas orgânicas e fisiológicas do corpo, decorrentes do processo de adoecimento e que são vistas tanto por usuários como por profissionais de saúde como motivação para a busca dos serviços de saúde.

Por sua vez, as denominadas **Necessidades Invisíveis para o planejamento dos cuidados profissionais** consistem naquelas que são vivenciadas no cotidiano das pessoas e não se restringem às demandas biológicas do corpo (FARÃO, PENNA, 2019).

Porém, fica evidente no estudo que o cuidado do corpo é enxergado pelo serviço de saúde como prioritário para o cuidado, por isso, são **Necessidades Visíveis**. São necessidades valorizadas, vistas e cuidadas por profissionais nos serviços que constituem o SUS. Nesta tese, os participantes não identificam que o serviço de saúde possa contribuir para o cuidado das necessidades próprias das interações da vida cotidiana, sendo o cuidar profissional evidenciado como uma referência para as demandas do adoecimento.

Como consequência dessa interação cotidiana entre as prioridades de cuidado evidenciadas pelos serviços oferecidos pelos profissionais e os significados de saúde e doença atribuídos pelos usuários, a **Busca pelo serviço de saúde** ocorre nas situações que circundam o **adoecimento** orgânico.

Nesse sentido, Santos, Bertolozzi e Hino (2010, p. 789) afirmam que “os sistemas de saúde reconhecem e legitimam algumas necessidades de saúde em detrimento de outras, podendo até criar novas necessidades”.

Dessa forma, compreende-se que, simbolicamente, os fornecimentos e a priorização das causas orgânicas dos adoecimentos, geram, conseqüentemente, modos de agir em busca de saúde que também priorizam as questões orgânicas e são pontuais na vida das pessoas. Estas não esperam que nos serviços de saúde sejam ofertadas ações a fim de promover saúde e qualidade de vida. Espera-se que sejam ofertadas ações que minimizem os efeitos dos adoecimentos, previnam doenças crônicas e transmissíveis.

Os participantes do estudo associam a resposta do serviço de saúde somente à condição de adoecimento, no qual está afetada sua capacidade funcional no desempenho de atividades diárias da vida. Portanto, os serviços de saúde, neste estudo, distanciam-se dos pressupostos teóricos do SUS, que preconiza cuidado longitudinal com integralidade e promoção da saúde (BRASIL, 1997). Observa-se que no cotidiano das práticas, os profissionais buscam manter o

corpo físico das pessoas saudável, sendo, ainda percebido pelos usuários como referência para os cuidados centralizados na doença.

Nos serviços de saúde, o centro do cuidado é a fisiopatologia que envolve o adoecimento, sinais e sintomas, visíveis e mensuráveis que podem ser prevenidos e, quando ocorrem, tratados.

Assim, **“Serviços de Saúde: Respostas às Necessidades não Resolvidas pelo Autocuidado”** configura-se como uma categoria que se relaciona com a busca do indivíduo para o cuidado das necessidades relacionadas ao corpo, que podem ser expressas por alguma patologia que seja traduzida por sintomas e que não houve melhora com tratamentos caseiros ou com a automedicação. O olhar e os ouvidos dos profissionais de saúde são voltados para o corpo físico, cuidando da manutenção orgânica e da prevenção de doenças, pouco contribuindo com as demais buscas por cuidado do usuário, que permanecem inalcançadas e negligenciadas.

Segundo Teixeira et al (2014), as respostas de cuidado às necessidades ocorrem baseadas no modelo biomédico, o que contribui para que a demanda que chega aos serviços de saúde seja baseada no consumo destes serviços. A afirmativa dos autores é corroborada pelos resultados apresentados nesta Tese, já que, simbolicamente, o serviço representa o cuidado da doença para os participantes.

Em estudos realizados com mulheres feirantes e suas necessidades em saúde, Magalhães et al (2016) afirmam que ainda há um distanciamento entre o que é reconhecido pela população como necessidades de saúde e o cuidado ofertado no SUS. Para Moraes, Bertolozzi e Hino (2011, p.22) “(...) tradicionalmente, as pessoas compreendem mais concretamente a dimensão biológica do processo saúde-doença e não associam às questões sociais que atuam de forma a fortalecer ou desgastar o processo de vida”.

Nos achados teóricos desta Tese, os participantes relacionam a vida em sociedade com o significado de saúde, no entanto, não esperam que os profissionais ofereçam algum cuidado para além da doença, pois os significados atribuídos aos serviços disponibilizados pela APS referem-se às questões relativas às doenças orgânicas causadas por vírus, bactérias, fungos e condições agudas ou crônicas, como as doenças metabólicas e cardiovasculares.

Os resultados de estudo realizado com homens de 18 a 60 anos em Minas Gerais dialogam com os achados desta Tese, pois segundo os autores, a procura pelo serviço de saúde por estes trabalhadores rurais do município de Japonvar está relacionada a algum adoecimento, seja ele, agudo ou crônico (Miranda et al 2020).

Para Palhoni e Penna (2017, p.3) “o fato de os usuários buscarem inicialmente nos serviços atendimento às questões biológicas, sob a ótica interacionista, pode ser explicado pelas experiências das pessoas”.

Nesta perspectiva, quando não possuem sintomas de adoecimento no corpo, as pessoas não buscam a unidade de saúde, pois sempre vivenciaram e interagiram com os serviços voltados para a doença, seja nos grupos de pessoas em condições de hipertensão ou diabetes, na oferta de medicamentos, na realização dos exames preventivos e das campanhas de vacinação.

Melo, Cecílio e Andrezza (2017, p.206) ao discorrer sobre o SUS, afirmam que este “é uma construção diária, tensa, disputada no encontro diário entre trabalhadores e usuários ali no serviço de saúde”, o que contribui com a reflexão sobre as interações simbólicas que acontecem em cada visita do usuário ao serviço de saúde, reforçando suas concepções de que os profissionais devem cuidar das situações que circundam o adoecimento.

As dificuldades organizacionais, como a demora no atendimento, contribuem para que as demandas, muitas vezes, não sejam ditas e para que as necessidades em saúde permaneçam na invisibilidade (MELO, CECÍLIO E ANDREAZZA, 2017; FARÃO, PENNA, 2019). No que se refere ao uso dos serviços de saúde, para Souza et al (2014, p.141) este “é resultante da interação entre o comportamento do usuário, que procura cuidados, e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde de acordo com os serviços demandados”.

Além disso, o usuário do SUS recorre aos serviços de urgência e emergência, em busca de acesso a exames, medicamentos e insumos, de modo que muitas demandas que deveriam ser atendidas na APS sobrecarregam outros pontos da rede assistencial (CASSETTARI, MELLO, 2017).

Ao discorrer sobre o acesso aos serviços de saúde, Magalhães et al (2016, p.6) afirmam que ainda “Existem iniquidades no acesso e ineficiência no sistema de saúde quanto aos usuários do SUS. (...) Ainda há um vasto espaço entre as necessidades de saúde da população e a rede pública de ações e serviços de saúde”.

Os usuários – com suas **Necessidades em Saúde Afetadas**, muitas limitações e com urgência para a resolução de seus problemas – recorrem a planos de saúde privados e consultas médicas particulares.

Os participantes associaram a “**Limitação**” para o exercício de atividades como consequências das **Necessidades Afetadas**. Assim, pessoas, definidas como adoecidas pelos participantes, não possuem disposição para enfrentar as adversidades e buscar por cuidados em

saúde, pois falta energia para lidar com os problemas que acontecem no cotidiano e que impactam na qualidade de vida, restando-lhe como última alternativa os serviços de saúde.

Estudos com idosos realizados por Faller e Marcon (2013, p.516) apontam que “em algumas situações, a percepção de ser ou estar doente só foi manifestada quando a doença trazia alguma limitação física ou algum grau de dependência”, o que foi encontrado em todos os grupos teóricos neste estudo, sejam homens ou mulheres, jovens ou adultos.

Quando as necessidades são **Afetadas** e as **Limitações** ao exercício das atividades de vida são impostas aos usuários, estes recorrem aos serviços de saúde em busca de resolução dos problemas que vivenciam, com diminuição da sintomatologia apresentada. Portanto, mesmo quando seu corpo expressa dor, o último caminho a ser buscado é o serviço de saúde, pois não há garantia de que suas demandas serão atendidas na APS.

Mello, Cecílio e Andrezza (2017 p.205) ao discutirem o acesso na APS, afirmam que “na prática, o cidadão que depende do SUS para receber a atenção à sua saúde não tem o acesso garantido de saída, já que este dependerá de um conjunto de fatores que não estão previamente dados”.

A distância entre o município de Coxim e o município de Campo Grande – que é a referência para os encaminhamentos de consultas com especialistas e para a realização de exames – configura-se como uma barreira geográfica ao acesso à atenção secundária e terciária.

Estudos realizados por Viegas e Penna em Minas Gerais demonstram que a realidade dos serviços de saúde encontrada no Mato Grosso do Sul, também é vivenciada por usuários do SUS em outros municípios brasileiros:

Os problemas ligados ao acesso e à referência a algumas especialidades e serviços comprometem e prejudicam o princípio da integralidade. Entre os entrevistados, é unânime a opinião de que o acesso aos demais níveis de complexidade ainda é insuficiente. Para algumas especialidades e alguns exames, os usuários e os gestores encontram, ainda, forte dificuldade não só no acesso, na oferta de vagas, mas também na distância enfrentada pelos usuários enviados para Belo Horizonte e, também pelos municípios, em estruturar condições de transporte, apoio e hospedagem, quando necessárias (VIEGAS, PENNA, 2013, p. 188).

Conforme os resultados apresentados, quando a situação financeira permite, os cidadãos recorrem a atenção suplementar como prioritária para a resolução dos seus problemas orgânicos.

Reigada e Romano (2018, p. 14) ao discutirem sobre o SUS, afirmam que, atualmente, na sociedade do consumo, “Necessitar do serviço público é encaixar-se em um grupo estigmatizado. O serviço público de saúde é visto como um favor do Estado àqueles que não têm recursos”.

No entanto, recorrer aos serviços de saúde privados não significa garantia de qualidade do cuidado em saúde. Monteiro, ao discorrer sobre a relação entre o SUS, os planos privados e o modelo político econômico no Brasil, afirma que:

O fato de ter um plano privado de saúde não representa no Brasil uma garantia de assistência sanitária. O número de reclamações e processos judiciais contra as operadoras de planos de saúde cresceu significativamente nos últimos anos, por diversas razões, como negativas de cobertura, reajustes abusivos, violação de contratos, entre outros (MONTEIRO, 2018, p. 271).

No que se refere à Enfermagem no contexto apresentado, a discussão realizada por Arcêncio (2018, p.02) afirma que “o crescimento de enfermeiros é bem maior no sistema privado do que no sistema público e é sentido um crescimento menor de técnicos nesse setor, o que tem implicações importantes para o sistema universal”.

Os dados analisados evidenciam que os enfermeiros são procurados para o cuidado de “coisas simples”, avaliando a necessidade ou não de consulta médica. Além disso, sua prática está relacionada aos processos que propõem a prevenção de doenças, como imunizações e fornecimentos de informações.

Questiona-se a prática do **enfermeiro** na APS, já que suas ações têm sido resumidas a práticas curativistas e biologicistas, com pouco resultado no que concerne às necessidades para uma vida com qualidade.

Netto, Silva e Rua (2016, p.6) ao discutirem a formação dos enfermeiros, afirmam que “O desenvolvimento de competências para a promoção da saúde se aprende fazendo, continuamente e cotidianamente, alicerçada na inserção dos estudantes nos serviços de saúde, o que favorece a aprendizagem por aproximações com a população”.

Para Storino, Souza e Silva (2013, p.643) ao analisar as necessidades de saúde de homens, a ausência de vínculo com a enfermagem na APS pode ter como uma das explicações o “fato de que o produto do trabalho dessas profissionais pode não corresponder às necessidades de saúde desse público”, já que a demanda corresponde aos serviços médicos.

Nesta Tese percebe-se que há predominância de busca por cuidados **médicos** e por **insumos e tecnologias**. Nesta perspectiva, Moraes, Bertolozzi e Hino (2011, p.23) afirmam que “o usuário procura o serviço de saúde buscando tecnologias que possibilitem sua melhora, mesmo que, em alguns casos, não sejam fundamentalmente necessárias”.

Ressalta-se a evidência de que na Teoria desenvolvida, os usuários somente recorrem aos serviços de saúde nas situações que circundam a doença e quando outras possibilidades de cuidado, mais acessíveis e próximas a ele, foram esgotadas.

Conforme Brasil (2015, p.8) o cuidado das pessoas precisa envolver os demais setores da sociedade, contribuindo tanto para a assistência necessária aos processos que envolvem o adoecimento, como “um olhar para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis”. Dessa forma, ressalta-se a importância da interação com o usuário e de sua participação na elaboração de um planejamento de cuidados, pois se evidencia que as pessoas tomam atitudes e buscam por cuidados, com autonomia.

A busca pelo cuidado das necessidades em saúde é uma constante na vida das pessoas que articulam diversos caminhos e ações, em busca desta atenção integral, que não encontra espaço nas agendas previamente construídas dos profissionais nos serviços de saúde. Os serviços ofertados são direcionados ou orbitam em torno do adoecimento. Contudo, as Necessidades em Saúde são mais amplas e complexas que a positividade e a objetividade que envolvem os processos fisiopatológicos dos adoecimentos.

Conforme a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.446, de 13 de novembro de 2014, consiste em objetivo geral da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS):

Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2015, p. 11).

A reelaboração da PNPS construída originalmente em 2006, traz avanços que dialogam com as Necessidades em Saúde existentes no cotidiano de vida e desveladas nesta Tese, incluindo em seu objetivo geral a promoção da equidade entre as pessoas, compreendendo sua subjetividade e as diferentes concepções histórico-sociais (BRASIL, 2015).

Conforme anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde são valores fundantes da PNPS: a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça social e a inclusão social (BRASIL, 2018).

Na conceituação proposta pela política, a solidariedade ressalta a relação entre pessoas e coletivos com o próximo, na busca por viver melhor na sociedade. A solidariedade é expressa pelos usuários da APS nesta tese, que ressaltam a importância das relações na comunidade para a melhoria da qualidade de vida.

No entanto, na perspectiva dos usuários, na prática profissional, a Promoção da Saúde é resumida ao fornecimento de informações pontuais voltadas para a prevenção de doenças,

sendo os demais objetivos da Política relegados à inexistência nos serviços municipais de APS. Teixeira et al afirmam que:

Tradicionalmente, nos serviços de saúde, a tradução das necessidades e a ação sobre elas ocorrem pela linguagem das doenças e medicalização dos carecimentos, que tanto obscurecem a sua socialidade quanto dificultam ou impedem o reconhecimento e a expressão de outras que não se enquadra na perspectiva biomédica (TEIXEIRA ET AL, 2014, p. 781).

Nesta linha de raciocínio, Malta et (2018, p.1807) afirmam que, apesar dos avanços alcançados na sociedade com novas leis e diretrizes que visam a qualidade de vida das pessoas, as “ações de promoção desenvolvidas, de forma geral, não foram consolidadas a ponto de alterarem de forma expressiva o modo de produzir saúde e enfrentar os determinantes sociais do processo saúde-doença”, sendo que as ações de saúde ainda são fortemente biologicistas e médico-centradas.

Além de superar o modelo biologicista, faz-se necessário compreender que somente os serviços de saúde não possuem capacidade para o cuidado das necessidades em saúde das pessoas, em toda sua complexidade, sendo urgente a articulação intersetorial. Os resultados desta Tese, no que se refere à intersetorialidade como essencial para o cuidado das necessidades em saúde, dialogam com as concepções de Pinto e Silva, que declaram:

A promoção da saúde passa a não constituir responsabilidade restrita do setor saúde, mas de uma integração entre os diversos setores do governo municipal, estadual e federal, os quais devem articular políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais às pessoas (PINTO, SILVA, 2019, p. 1206).

As práticas ofertadas nos serviços de saúde ainda carecem de aplicação cotidiana dos conceitos de promoção da saúde e cuidado longitudinal, com intersetorialidade, aproximando-se da perspectiva de cuidado integral, pois ainda se observa uma prática centrada na doença e não na pessoa que vivencia a saúde (MAGALHÃES et al, 2016).

Em pesquisa realizada por Torres-Acevedo e Muñoz-Sánchez (2019) em Corabastos, Bogotá, afirma-se que para a criação de um programa de promoção da saúde entre trabalhadores informais, os interesses da comunidade devem estar no centro do planejamento das ações, sendo importante o contato com líderes comunitários, que conhecem a realidade local e possuem o apoio da comunidade.

No Brasil, desde a criação do SUS, diferentes experiências e abordagens de cuidado, centradas nos usuários, têm sido implementadas, sugerindo práticas alternativas de cuidado nos serviços de saúde. Como resultado das discussões na sociedade, relatórios das Conferências de Saúde, criação de grupos de trabalhos, diagnósticos situacionais e muitas articulações sociais e

políticas tendo em vista alcançar um cuidado humanizado e integral, o ministério da saúde aprova, por meio da Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) (BRASIL, 2018).

Oliveira, Barreto e Dultra ao refletirem sobre a relação de cuidado do profissional de saúde com o usuário, afirmam que:

Atuar na produção do cuidado na perspectiva de produção de vida dos usuários, ou na potencialização da vida do outro que busca cuidado, talvez seja mais potente na medida em que as relações que nós, profissionais de saúde, estabelecemos com os usuários constituam-se como dispositivos para que isso aconteça (OLIVEIRA, BARRETO, DULTRA, 2016, p. 238).

Dessa forma, os resultados dessa construção teórica encontram diálogo com a literatura e demonstram que é preciso encarar o desafio de assistir integralmente o usuário do SUS em suas Necessidades em Saúde, a fim de promover saúde e não doença, qualidade de vida ao longo da existência e não somente nos momentos pontuais de adoecimento, impulsionando novos modos de refletir a práxis e de agir em saúde integrando a rede de cuidados existente no cotidiano de vida das pessoas.

Nesta perspectiva, a teorização proposta contribui com as reflexões existentes sobre a integralidade do cuidado e o significado de Necessidades em Saúde, avançando no que se refere à conceituação das Necessidades que são Próprias das Interações, que ocorrem nos caminhos percorridos pelas pessoas em busca de viver com qualidade. A compreensão desse conceito possibilita repensar as ações de saúde e elaborar estratégias de cuidado que contemplem a realidade de vida das pessoas em articulação com a sociedade na qual estão inseridas.

O cuidado pensado com enfoque no conceito de Necessidades em Saúde desenvolvido nesta teorização pode contribuir para que sejam desenvolvidas estratégias que aproximem os usuários dos serviços de saúde, possibilitando a elaboração conjunta de um plano de ações que contribua para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, ressignificando a própria atuação dos profissionais de saúde e potencializando as interações saudáveis na sociedade.

7. CAPÍTULO VII: REFLEXÕES PARA UMA TEORIA GERAL - TEORIA DAS NECESSIDADES EM SAÚDE: TRAJETÓRIAS EM BUSCA DE VIVER COM QUALIDADE NA EXISTÊNCIA COTIDIANA

Para Strauss e Corbin (2008, p.175), quando uma teoria é classificada como geral, “as comparações são feitas em escala muito mais ampla, ou seja, entre diferentes áreas substanciais em vez de serem limitadas a uma área”. Desta forma, são realizadas novas coletas de dados, com outro segmento de pessoas e em outra área, com o objetivo de analisar o fenômeno estudado em profundidade (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Como relatado na introdução desta Tese, foi realizada uma pesquisa, entre 2015 e 2016, com o objetivo de construir teorizações sobre os significados de necessidades de saúde para profissionais de saúde que trabalhavam na APS do município de Itabirito, interior de Minas Gerais (FARÃO, PENNA, 2019).

A análise dos dados, orientada metodologicamente pela TFD sob a luz do IS, permitiu a construção de uma teorização na dissertação de mestrado denominada: A Teoria da (In) visibilidade das Necessidades de Saúde: a dinamicidade do “convívio nosso com o mundo” (FARAO, 2017), demonstrada pelo Diagrama X:



Figura 10: Diagrama X – A Teoria da (In) visibilidade das Necessidades de Saúde: a dinamicidade do “convívio nosso com o mundo”. Fonte: Dissertação, 2016.

Para facilitar a compreensão da correlação de conceitos que será realizada, segue a reapresentação do diagrama construído nesta Tese:

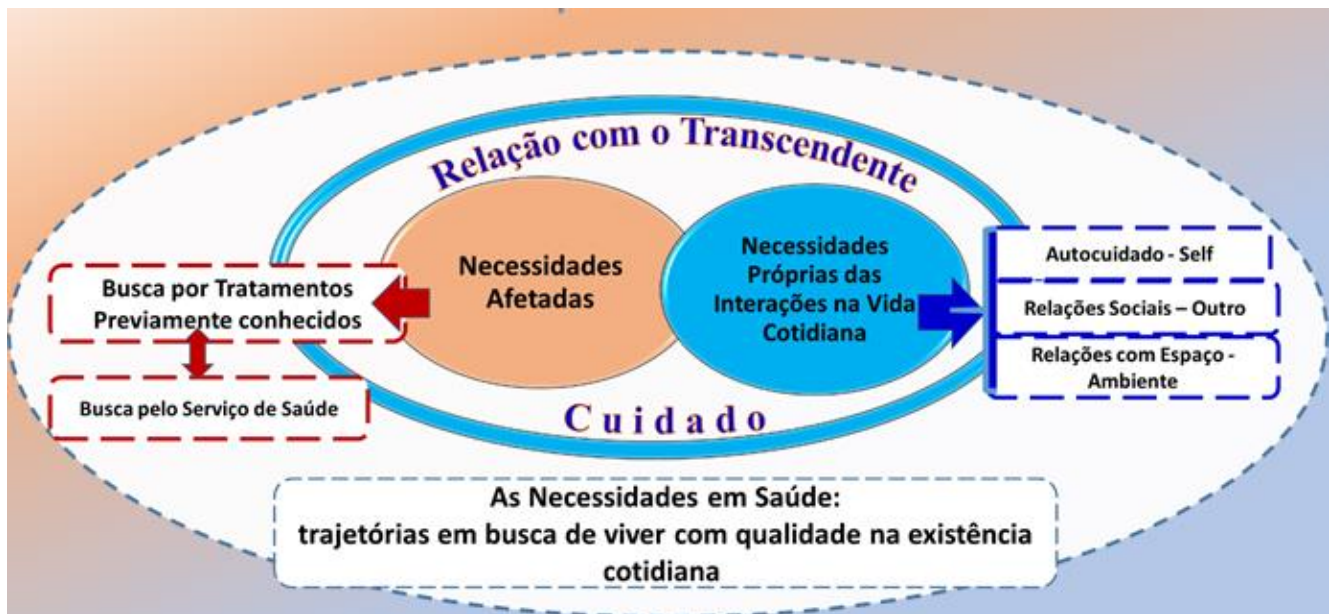


Figura 11: Diagrama XI – A TEORIZAÇÃO – Necessidades em Saúde: trajetórias em busca de viver com qualidade na existência cotidiana. Fonte: Dados da Pesquisa 2018.

Na correlação entre as análises realizadas, constata-se que – tanto para profissionais de saúde como para usuários da APS de municípios distantes em quilômetros e distintos em aspectos culturais – as Necessidades em Saúde transitam entre a visibilidade das necessidades orgânicas relacionadas ao adoecimento e a invisibilidade pelos serviços de saúde das necessidades próprias das interações na vida cotidiana.

As **Necessidades Afetadas** são **Visíveis** aos olhos e ao potencial cuidado dos profissionais de saúde, de modo que por estarem diretamente relacionadas às patologias são mensuráveis e previstas nos pacotes de serviços oferecidos na APS. Soma-se a estas, as **Necessidades em Saúde Próprias das Interações na vida cotidiana**, que são **Invisíveis** aos olhos dos profissionais que cuidam, pois são relacionadas à dinamicidade da vida em sociedade, repletas de ações humanas e interações consigo e com o outro, podendo ser descobertas pelos profissionais de saúde após o estabelecimento do vínculo em um acolhimento capaz de centralizar o usuário no cuidado, sendo este denominado de **radar**, pois tem capacidade para captar toda e qualquer necessidade (FARÃO, PENNA, 2019).

A necessidade de que as carências das pessoas sejam ouvidas e acolhidas permanece como uma propriedade relevante para ambos os participantes (profissionais e usuários), no entanto, no imaginário simbólico as expectativas são diferentes. Apesar de os profissionais reconhecerem que existem necessidades em saúde que são **invisíveis**, sendo importante estabelecer o vínculo para abarcar a assistência e o cuidado destas, os usuários não esperam que

as ações nos serviços de saúde ultrapassem os aspectos biológicos do cuidado, pois é o cuidado que tem como centro o adoecimento que ainda é vivenciado no cotidiano das pessoas, fazendo parte do significado *simbólico* de serviços profissionais de saúde para os usuários.

Ressalta-se que a **Relação com o Transcendente** não é expressa pelos participantes profissionais de saúde do município de Itabirito-MG, pois seus relatos centralizam-se no cuidado das **Necessidades Visíveis**. No entanto, nesta correlação de dados, dentre as **Necessidades Invisíveis**, destaca-se a **Relação com o Transcendente** funcionando como um suporte para os caminhos de cuidado percorridos pelos usuários. Relacionar-se com algum Ser espiritual faz parte das Necessidades em Saúde, visando uma vida com qualidade.

Ao contrastar as categorias construídas em realidades diferentes, guiadas por análises e questionamentos distintos, comparando grupos de usuários e de profissionais, identifica-se que componentes fundamentais do Significado de Necessidades em Saúde fundamentam simbolicamente as ações humanas em busca de qualidade de vida.

Nesta perspectiva, a **Teoria das Necessidades em Saúde: trajetórias em busca de viver com qualidade na existência cotidiana** pode ser generalizada para outros serviços de saúde, no Brasil, o que corrobora a afirmação de que se trata de uma Teoria Geral, na concepção Straussiana.

Dessa forma, após a correlação entre as categorias e subcategorias das duas pesquisas desenvolvidas, foi construído um diagrama teórico que evidencia a **Teoria das Necessidades em Saúde**, representada a seguir pelo Diagrama XII:

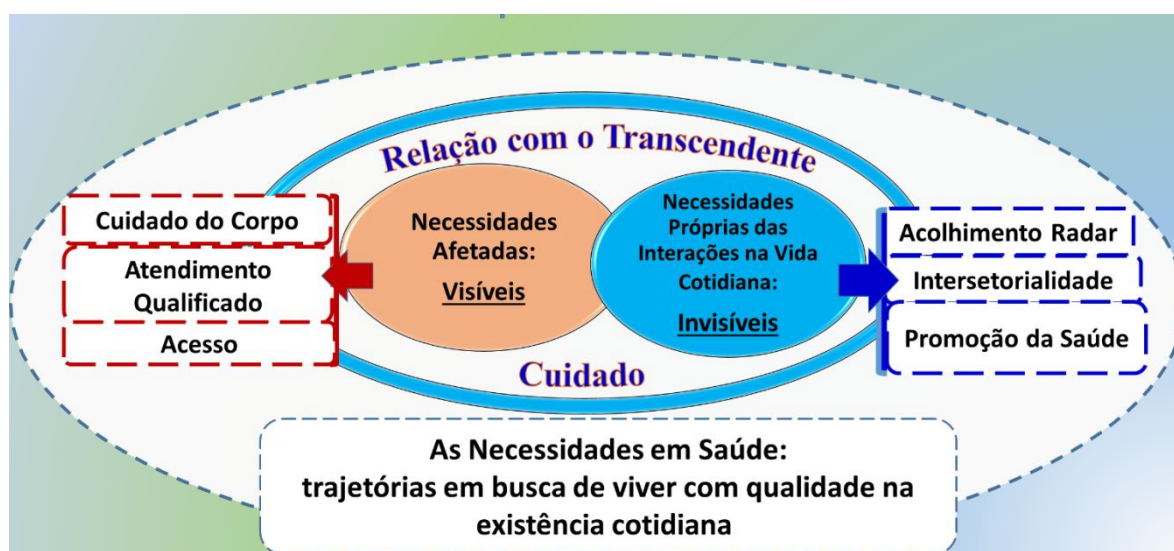


Figura 12: Diagrama XII – Teoria das Necessidades em Saúde: trajetórias em busca de viver com qualidade na existência cotidiana. Fonte: Dados da Pesquisa 2018.

A correlação entre os estudos evidencia que o conceito de **Necessidades Visíveis**, construído por meio da análise dos dados de profissionais de saúde, é confirmado nesta

pesquisa, na perspectiva dos usuários, sendo denominado de **Necessidades Afetadas**. Para o cuidado dessas demandas, as pessoas recorrem aos serviços de saúde, pois constatam que seu corpo está doente, seus recursos de autocuidado foram esgotados e os sintomas fisiopatológicos persistem. Neste contexto, os usuários esperam ter **Acesso ao Serviço de Saúde** com um **Atendimento Profissional Qualificado**.

Para os profissionais, o adoecimento do corpo físico é causa evidente de busca pelos serviços de saúde, o que é corroborado pelos usuários (FARÃO, PENNA, 2019). No entanto, na voz dos respondentes desta pesquisa, o serviço de saúde configura-se como o último recurso a ser buscado, fato que não estava claro para os profissionais da APS no município de Itabirito-MG.

As atuações profissionais esperadas e buscadas pelas pessoas são associadas e significadas como aquelas que se relacionam aos tratamentos dos doentes e a prevenção ou reabilitação quando surgem agravos mensuráveis e/ou **visíveis**. A possibilidade de medir sintomas e de avaliar clinicamente as condições agudas das pessoas possibilita a gestão dos serviços, com priorização de adoecimentos orgânicos.

Para os profissionais, há entraves à visibilidade/suprimento das necessidades em saúde, caracterizados por metas de atendimento das demandas orgânicas da população, recursos profissionais insuficientes, na qual o acolhimento assume a função específica de organização do serviço e do agendamento de consultas médicas, fato que também é corroborado nesta Tese, pois os usuários esperam do serviço de saúde o cuidado de suas demandas orgânicas, contudo apontam as dificuldades e barreiras que dificultam o acesso a uma assistência clínica qualificada, sendo salientadas a demora no atendimento, a escassez de recursos e investimentos públicos, além da distância entre o município de moradia e o município de referência para a atenção secundária e terciária.

Portanto, os obstáculos e desafios a serem alcançados no que se refere ao **acesso aos serviços de saúde**, com seus insumos, tecnologias e profissionais qualificados é reafirmado na análise de ambos os estudos, sendo as carências de investimentos no SUS reconhecidas tanto por profissionais como por usuários da APS.

Logo, esta realidade é refletida na representação simbólica que os serviços de saúde assumem na *Mente* dos usuários, direcionando sua forma de agir em busca de qualidade de vida. Para eles os serviços de saúde são serviços direcionados e focalizados no adoecimento e na prevenção de agravos à saúde, sendo estes os motivos reais de procura pelos cuidados profissionais na APS.

Reafirma-se que as **Necessidades em Saúde** são vivenciadas no cotidiano das pessoas que frequentam a APS em busca de cuidados pontuais para o adoecimento. No entanto, a complexidade de suas relações para viver com saúde envolve as interações estabelecidas com o *Self*, o *Outro* e o *Ambiente* na Sociedade, significando a própria forma de existir no Cotidiano.

A existência de **Necessidades Invisíveis** relatada pelos profissionais no município de Itabirito - MG é reafirmada pelos usuários de Coxim-MS, sendo que os dados desta tese permitiram o aprofundamento analítico das propriedades que constituem essas carências não compreendidas na demanda e a construção do conceito de **Necessidades Próprias das Interações na vida cotidiana**.

Nesta perspectiva, a construção deste conceito representa um avanço teórico, pois foi possível compreender quais os aspectos das Necessidades em Saúde que estão **invisíveis** para os profissionais.

Porém, mesmo sendo carências reais, que fazem parte e constituem a vida e as relações das pessoas, continuam a permanecer na **invisibilidade** para os profissionais de saúde, que se propõe ao exercício do cuidado, logo os usuários não esperam que estas sejam cuidadas nos serviços de saúde, pois ultrapassam as necessidades biológicas do adoecimento do corpo e não fazem parte dos procedimentos ofertados na APS.

Considerando-se a complexidade das Necessidades em Saúde, evidencia-se que estas deveriam ser ordenadoras do acesso a cuidados profissionais na APS. No entanto, são os adoecimentos agudos e crônicos agudizados que direcionam as demandas e a assistência na rede de atenção, fato confirmado nas duas teorizações correlacionadas. Portanto, reforça-se *simbolicamente* que os serviços de saúde devem fazer parte da vida das pessoas em momentos para os quais não há outra alternativa de cuidado.

Na análise fundamentada na vivência dos profissionais de saúde, descreve-se que poderia ser operacionalizado um “**acolhimento radar**”, que seria capaz de detectar as Necessidades em Saúde das pessoas em sua complexidade cotidiana. Sendo estabelecido vínculo com equipes multiprofissionais de cuidado, com práticas interdisciplinares de atenção à saúde.

O acolhimento simbolizado como um **radar**, se operacionalizado no cotidiano dos serviços de saúde, contribuiria tanto a organização dos serviços, como a qualidade de atendimentos e o conhecimento real das **Necessidades Próprias das Interações na Vida Cotidiana**, possibilitando que estas saiam da invisibilidade aos olhos dos profissionais de saúde. Ressalta-se que o estabelecimento de vínculo e a centralidade do usuário como participante ativo na elaboração e na aplicação de seu plano de cuidados ampliaria o potencial de ação cuidadora dos profissionais que atuam na APS.

Destarte, a operacionalização deste acolhimento contribuiria para fundamentar as ações de **Promoção da Saúde** realizadas pelos profissionais, com enfoque na realidade vivenciada pelo usuário em seu contexto de vida. Ambos os estudos sintetizam que para o cuidado integral das Necessidades em Saúde, a **intersetorialidade** é primordial.

Assim, por meio da Teorização Geral construída, propõe-se que os profissionais que atuam na rede assistencial do SUS reconheçam, por meio de suas práticas nos serviços, que o significado de Necessidades em Saúde para os usuários é complexo e ultrapassa as situações que circundam os processos fisiopatológicos do adoecimento.

Avançar, nesse sentido, ressalta a relevância do reconhecimento de que a integralidade não poderá ser alcançada somente pelo cuidado pontual ofertado pelos serviços de saúde, sendo necessário um esforço social conjunto, envolvendo diferentes organizações, lideranças e, prioritariamente, as pessoas que vivenciam e constroem o cotidiano buscando um viver digno e com qualidade.

8. CAPÍTULO VIII: CONSIDERAÇÕES FINAIS – “ESPELHO, ESPELHO MEU...”

A construção dessa pesquisa foi de fato desafiadora, pois faz refletir sobre a nossa própria prática e as nossas próprias concepções. Ao finalizar este estudo, inquieto-me ao questionar: “Espelho, espelho meu, que profissional tenho sido eu? ”

Como poderemos continuar exercendo nossa prática de forma prescritiva e pré-definida se o ponto central do significado das Necessidades em Saúde está no sentir único e no vivido cotidiano de cada ser humano?

Ao adentrar o mundo do usuário, sua casa e perceber suas reações aos questionamentos, reflito sobre a tão sonhada aplicação prática da Integralidade. O mundo do sujeito é repleto de subjetividades e, na tentativa de melhor cuidar, decidimos o que é importante ou não na perspectiva de nossa própria lente e significados atribuídos, sem considerar a forma de interpretar o mundo das pessoas e como elas buscam seus cuidados.

Não consideramos, no cuidado das pessoas, a relação que elas possuem com a Fé e como suas crenças influenciam nos caminhos percorridos, em busca de viver com qualidade. Refletir sobre as Necessidades em Saúde implica em considerar quais os sentidos e os propósitos que o *Outro* possui para sua própria vida? Como as pessoas constroem seu cotidiano? Como as ações dos profissionais de saúde podem articular-se aos caminhos de cuidado percorridos pelo usuário, contribuindo de fato para uma vida mais digna e mais justa? Quais os setores da sociedade serão necessários para o desenvolvimento de um plano terapêutico que ultrapasse o cuidado da doença?

Significa repensar nossa própria definição de cuidado do *Outro*. O que eu busco, como profissional de saúde, ao relacionar-me com alguém que demanda atenção? Como o usuário participa da elaboração de seu plano de cuidados? Há alguma participação?

Pensar sobre as Necessidades em Saúde, evidencia a urgência de colocar o usuário da APS no centro de todo e qualquer planejamento terapêutico, ultrapassando as práticas biologicistas e prescritivas que padronizam as condutas e cristalizam os protocolos de cuidado padrão para todas as pessoas, independentemente de seu cotidiano.

Os participantes, apesar de denominarem a APS como serviço de saúde, somente a enxergam como fonte de cuidados voltados para o adoecimento. Dessa forma, as pessoas não questionaram a impossibilidade de cuidar de outras nuances da vida com o apoio de uma orientação profissional em saúde.

As pessoas esperam que os serviços de saúde resolvam os problemas voltados para o adoecimento, seja tratamento ou prevenção, o que dialoga com as experiências de cuidado fornecidas pelos serviços de saúde e experimentadas ao longo da vida.

Durante a realização das entrevistas, foi uma constante o agradecimento pela oportunidade de expressar seu modo de ver o mundo para um profissional interessado em ouvir. Do que temos cuidado? As práticas permanecem voltadas para o cuidado das doenças e não para o cuidado do ser humano em toda sua complexidade.

O encontro de cuidado é, por vezes, um desencontro de dois mundos completamente distintos, no qual as convicções de um (profissionais de saúde) se sobrepõem ao outro (usuário do serviço).

Os dados analisados, os diagramas e memorandos construídos, permitem reafirmar que as necessidades em saúde são maiores que a demanda que chega aos ouvidos dos profissionais de saúde. A demanda que chega ao serviço de saúde, no município estudado, corresponde apenas a uma parte das necessidades em saúde, desvelada na categoria **“Serviços de Saúde: Respostas às Necessidades não Resolvidas pelo Autocuidado”**.

As demandas estão diretamente relacionadas ao sentir-se doente ou ao consumo de insumos para a manutenção do corpo, o que é muito reduzido ao considerar-se todo o contexto de vida do sujeito.

Porém, para o cuidado da vida na coletividade é preciso percorrer caminhos que ofereçam suporte para o enfrentamento de adversidades e a construção de um cotidiano com qualidade de vida. Sendo, necessário compreender as questões que circundam a vida em sociedade, considerando as pessoas com suas crenças e contextos de vida, para a organização dos serviços de saúde.

Compreende-se que para o cuidado das Necessidades em Saúde é fundamental uma efetivação das políticas públicas e um diálogo transparente entre gestores e profissionais que vivem a realidade dos serviços.

Para a superação dos entraves no alcance da integralidade, não basta considerar o micro espaço do encontro entre profissional e usuário, pois se evidencia nesta tese que esse cuidado envolve o macro da vida em sociedade, considerando as **Necessidades Próprias das interações na vida cotidiana** e os significados atribuídos pelas pessoas ao serviço de saúde.

Dessa forma, reafirma-se que o cuidado das Necessidades em Saúde não pode ser realizado integralmente pelos serviços de saúde. Contudo, espera-se que possamos superar a visão reducionista e biologicista, com tendências medicalizadoras e prescritivas para toda a vida das pessoas. Que refletir sobre a complexidade do cotidiano, onde a vida acontece, impulse

profissionais e estudantes da área da saúde, a agirem para além dos pacotes de serviços oferecidos nas unidades de saúde. Espera-se que as pessoas tenham disposição para ouvir e aproximar-se de compreender a realidade do outro, valorizando a interação simbólica, para um cuidado com qualidade e impactos mais duradouros.

Atualmente, os dados analisados evidenciam que a resposta de cuidado fornecida pelo serviço de saúde restringe-se às questões relativas ao adoecimento orgânico, tanto cura e tratamento quanto prevenção de doenças. Porém, distancia-se das proposições de Promoção da saúde e Integralidade do Cuidado.

Entende-se que apesar de a construção do SUS ser pautada em uma discussão teórica com grandes avanços conceituais, ainda se observa na prática dos serviços, modelos de assistência biomédico centrados e organizados de forma a priorizar as demandas orgânicas dos indivíduos.

Reafirma-se que a busca da Integralidade nas práticas cotidianas de Cuidado na APS, com olhar para as necessidades em saúde como carências que envolvam a vida em sociedade, permanece como um desafio.

Considera-se que as necessidades em saúde dos indivíduos estão atreladas ao significado atribuído por eles do conceito de Saúde e Doença, o que resultará em diferentes caminhos percorridos em **“Busca por Cuidados”**.

Os serviços não são organizados para cuidar e tratar das necessidades em saúde dos indivíduos, mas sim para tratar das demandas relacionadas às doenças que os indivíduos já vivenciam ou que poderão vivenciar.

Nesta perspectiva, sugere-se que sejam realizados estudos que busquem compreender os significados de necessidades em saúde nas perspectivas de atores políticos e gestores organizacionais, que estabelecem metas e pactuam formas de gerir os serviços no âmbito do SUS, a fim de identificar todos os possíveis nós críticos que dificultam a mudança efetiva das práticas no cotidiano.

Hoje, 30 anos após a Lei nº8080 de 1990, pode-se dizer que as ações em saúde avançaram, porém é preciso superar as práticas que continuam centradas no controle e prevenção de doenças sejam virais, bacterianas, parasitárias ou crônicas.

Entende-se que a própria reelaboração da PNPS realizada em 2015 consiste em um avanço teórico com direcionamento de competências para os entes federados, que implicam na aplicação prática da portaria.

No entanto, apesar de todas as legislações e diretrizes do SUS, a integralidade do cuidado das **Necessidades em Saúde Invisíveis**, antes que tornem-se **afetadas**, permanece como um desafio a ser alcançado nas práticas cotidianas dos serviços.

Ao receber cuidado integralmente das suas necessidades em saúde, as doenças continuarão sendo prevenidas e tratadas, porém ampliam-se as possibilidades terapêuticas para além da biologização e da medicalização das pessoas, efetivando no cotidiano a promoção da saúde.

Ao negligenciar o cuidado integral das famílias, os serviços deixam de ser de saúde e passam a estar a serviço das diferentes doenças, pouco contribuindo para promoção da saúde e da qualidade de vida das pessoas.

Os profissionais de saúde são reconhecidos e buscados para que resolvam os problemas gerados pelas doenças, sendo a perspectiva do usuário médico-centrada e curativista. Ressalta-se que o cuidado direcionado ao adoecimento, também apresenta entraves, sendo, por vezes, pouco resolutivo e de difícil acesso.

Muitas doenças são resultantes de eventos cotidianos que aconteceram ao longo da vida dos sujeitos nas áreas relacionais que envolvem a vida em sociedade e que exigem um cuidado interdisciplinar.

As necessidades não demandadas, permanecem invisíveis, mas são existentes, muitas vezes são acolhidas pelas igrejas, pelas comunidades sociais, por farmacêuticos ou balconistas, ao passo que poderiam ser enxergadas também pelos serviços, na tentativa de promover a saúde e o cuidado integral do ser humano, articulando ciência e cotidiano, o saber de pesquisadores e profissionais e o saber de usuários da APS.

As igrejas são locais muito frequentados no município, tanto para cultos e celebrações, como para atividades de cunho social, sendo simbolicamente um dos ambientes de cuidado propiciado aos indivíduos.

A **“Relação com o Transcendente”** funciona, simbolicamente, como uma mola propulsora da vitalidade, aumentando a capacidade de enfrentamento do indivíduo e sendo suporte para a busca por cuidado em saúde tanto quando as necessidades são afetadas, como quando permanecem na invisibilidade cotidiana aos olhos dos profissionais que atuam nos serviços de saúde.

No entanto, os profissionais de saúde constituem parte integrante de um sistema cada dia mais fragmentado, com práticas biologicistas cristalizadas, permanecem cuidando de doença e cada dia mais negligenciando o sentir, a interação simbólica e os modos de agir do *Outro* na *Sociedade*.

À luz do interacionismo, os modos de agir na sociedade são resultados das interpretações dos sujeitos e dos *Símbolos* construídos, sendo, portanto, imprescindível à compreensão sobre os modos de pensar e significar dos usuários que buscam a unidade de saúde.

A realização desta Tese leva-nos a reflexão de que os caminhos para o Cuidado do *Outro* são mais complexos que as generalizações prescritivas que tem ocorrido no cotidiano dos serviços de saúde. Ao reduzir a saúde à simples ausência de doenças e a um objetivo a ser alcançado, toda construção simbólica que envolve a pessoa existindo e atuando no cotidiano, sua autonomia e as circunstâncias que envolvem seu lugar no mundo são negligenciados.

Além disso, é preciso refletir sobre os modos de operacionalizar as ações que envolvem o *Outro* e os significados atribuídos aos encontros de Cuidado, para que os serviços de saúde contribuam mais efetivamente ao longo da vida do usuário promovendo saúde e extrapolando o cuidado de pessoas doentes.

A Teoria construída possibilita repensar a prática cotidiana de cuidado e desafia a superação da Invisibilidade das Necessidades em Saúde, por meio da ressignificação do próprio modo de agir dos Profissionais e da reorganização dos Serviços na rede assistencial, enxergando e propiciando oportunidades para que as necessidades de uma vida com qualidade sejam vistas e consideradas em um contexto de cuidado longitudinal.

As limitações desse estudo consistem no fato de que os usuários entrevistados pertenciam à área de abrangência de uma mesma unidade de saúde, sendo possível que a coleta de dados em outras regiões suscitasse outras discussões.

No entanto, ressalta-se que a proposição desta Teoria Geral justifica-se, já que os achados teóricos desta Tese são corroborados por estudos realizados nos municípios de Itabirito-MG e Nova Lima-MG, que foram elaborados com a mesma metodologia e temática em realidades distintas (FARÃO, PENNA, 2019; PALHONI, PENNA, 2017).

Espera-se que a teorização construída possa suscitar reflexões sobre a atuação do enfermeiro na APS, já que as práticas assistenciais têm sido prescritivas, voltadas para o adoecimento, permanecendo na mesma lógica biologicista da medicina e distanciando-se dos pressupostos da enfermagem que tem como centro do cuidado o Ser Humano, inserido em uma família, comunidade, com autonomia e capacidade para decidir como viver sua existência.

Faz-se necessário ampliar os investimentos de recursos humanos e materiais para ampliar os espaços de cuidado, com escuta ativa e voltados para a vida cotidiana, possibilitando a interação com os usuários ao longo da vida, nos espaços domiciliares, ultrapassando os muros que separam as comunidades dos profissionais. Desta forma, será possível o desenvolvimento de novas tecnologias organizacionais e relacionais, que considerem o cotidiano, o espaço de escuta qualificada e coloque o *Outro*, finalidade da assistência em saúde, em uma condição de interação e participação no cuidado constante.

A Trajetória em Busca de Viver com qualidade é definida pelas pessoas no cotidiano, assim, os cuidados serão buscados pelos usuários ao longo de sua vida, envolvendo todo o contexto sócio-histórico-cultural que circunda suas relações, suas expectativas e carências.

Outrossim, é preciso que os profissionais de saúde considerem a autonomia do usuário na busca por cuidados e reconheçam-se como parte integrante de uma rede multidisciplinar, que envolve múltiplos setores da sociedade para que a vida com qualidade aconteça.

Assim, será possível superar o prescrever **para** as pessoas – a fim de alcançar efetividade nas ações de cuidado prescritas – se a práxis refletir a assistência às Necessidades em saúde **com** o Outro, buscando soluções criativas e novos caminhos de cuidado, atrelando conhecimentos científicos aos conhecimentos de mundo, vivências profissionais com as vivências do cotidiano de quem adentra os muros da unidade de saúde.

Desejo que ao olhar-me no espelho ao final de um dia de trabalho voltado para o cuidado do outro, possa me orgulhar de ter, ao menos, tentado relacionar-me ao ponto de conhecer a realidade vivenciada pelo usuário, os desafios existentes em sua vida, as obras que pretende realizar e como posso contribuir com conhecimento científico para que sua vida tenha mais qualidade. Que, como Enfermeira, eu seja capaz de calar quando o cuidado que o *Outro* precisar seja que eu ouça suas mazelas, compreenda os caminhos que irá percorrer para auto cuidar-se e apoie suas decisões, pois na interação, no compartilhar de ideias, há reflexão e são construídas novas formas de agir e viver com qualidade na sociedade.

9. REFERÊNCIAS

ARCÊNCIO, R.A. Nursing as the profession of the future and the foundation of universal health systems. 2018;26:e3063. [Access 05/20/2019]; Available in: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3063.pdf DOI: <http://10.1590/1518-8345.0000.3063>

BACKES, M.T.S; ERDMANN, A.L; BÜSCHER A; BACKES D.S. Teoria fundamentada sobre o ambiente de UTI. Esc Anna Nery (impr.)2011 out-dez; 15 (4):769-775

BARROSO, V.G, PENNA,C.M.M. Sentimento de Pertencimento na Constituição do Vínculo em uma Autogestão de Saúde Suplementar. Cienc Cuid Saúde [on-line]. 2016 out/dez [citado em 2019 fev 19]; 15(4):616-623. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/33385>

BLUMER, H. Symbolic interactionism: perspective and method. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1969, 208 p.

_____. 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 Nacional das Ações Básicas de Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a orientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006** – Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS – Brasília, 2018.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso** – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília, 2018. 96 p.: il.

CAMARGO, J.R. KR.Onhealthneeds: theconceptlabyrinth.Cad. Saúde Pública [internet].2018 [cited 2018 out. 22]; 34(6):e00113717.DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00113717>

CAMPOS, C.M.S.; MISHIMA S.M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde). **Cad Saúde Pública**.v. 21, n.4, p. 1260-8, 2005.

CARNEIRO, A.R.V, FRANCO, M.L.P.B BARBIÉRI, E.S.F. Representações Sociais de Estudantes Universitários sobre dinheiro. Psic .da Ed., São Paulo, 43, 2º sem. de 2016, pp. 91-100 DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/2175-3520.20160009>

CARRANZA, B. Religião e Espiritualidade: um olhar sociológico. IN: AMATUZZI, M.M (org). Psicologia e Espiritualidade São Paulo: Paulus, 2 ed. 2008. p.59-82

CARVALHO, V.D; BORGES, L.O; RÊGO, D.P. Interacionismo Simbólico: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos em Psicologia Social. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 30 (1), 146-161, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a11.pdf>

CASSIANI, S. de B.; CALIRI, M.H.L.; PELÁ, N.T.R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Rev.latino-am.enfermagem**, v.4, n. 3, p. 75-88, dezembro 1996.

CASSETTARI, S.S.R; MELLO, A.L.S.F. Demanda e tipo de atendimento realizado em Unidades de pronto atendimento do município de Florianópolis, Brasil. *Texto Contexto Enferm*, 2017; 26(1):e3400015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003400015>

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

CECÍLIO, L. C. O; MATSUMOTO, N.F. 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. Porto alegre, 2009.

COELHO M.O, JORGE M.S.B, ARAÚJO M.E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. v.33, n.3, p. 440-52. jul./set. 2009.

CORRÊA, M.S.M, FELICIANO, K.V.O, PEDROSA, E.N, SOUZA, A.I. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cad. Saúde Pública* [on-line]. 2017, [citado 2019fev. 07]vol.33, n.3, e00136215. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00136215>

DANTAS, C.C et al. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem** 2009 julho-agosto; 17(4)

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I. de; 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.

ELLIS, MR, THOMLINSON, P., GEMMILL, C. et ai. The spiritual needs and resources of hospitalized primary care patients. **J Relig Health** (2013) 52: 1306. <http://doi.org/10.1007/s10943-012-9575-z>

FALLER, J.W., MARCON, S.S. (2013, jul.-set.). Práticas socioculturais e de cuidado à saúde de idosos em diferentes etnias. *Esc Anna Nery*, 17(3), 512-519.

FARÃO, E.M.D. Necessidade de saúde: uma teorização fundamentada em vivências de profissionais da estratégia saúde da família. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2016.

FARRIS, J.R. Aconselhamento Psicológico e Espiritualidade IN: AMATUZZI, M.M (org). Psicologia e Espiritualidade São Paulo: Paulus, 2 ed. 2008. p.161 – 72.

FONTANELLA, B.JB; RICA, J; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008.

GARUZI M, ACHITTI, M.C.O, SATO, C.A, ROCHA, S.A, SPAGNUOLO, R.S. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrati bva. Rev Panam Salud Publica[on-line]. 2014[citado 2018 jan. 25]; 35(2):144–9. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>

HELLER, A. Teoría de las necesidades en Marx. Barcelona: Península, 1978.

HINO, P; BERTOLOZZI, M.R; TAKAHASHI, R.F; EGRY, E.Y. Necessidades em saúde segundo percepções de pessoas com tuberculose pulmonar. Rev Esc Enferm USP[internet]2012;[citado 22 jan. 2018]; 46(6):1438-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/22.pdf>

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/coxim> Acesso em janeiro de 2019.

_____. População no último censo: IBGE, Censo Demográfico 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/coxim/panorama> Acesso em janeiro de 2019.

_____. Histórico de Coxim: Coxim Mato Grosso do Sul Monografia - Nº 029 Ano:1983. Notas Históricas. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/coxim/historico> Acesso em janeiro de 2019.

_____. Taxa de mortalidade infantil: data de referência de 2014. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/coxim/panorama> Acesso em janeiro de 2019.

_____. Esgotamento Sanitário: data de referência de 2016. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/coxim/panorama> Acesso em janeiro de 2019.

JUNGES, J. R. et al. O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.3, p. 686-697, julho/setembro, 2012.

KELEHERA, H.; PARKER, R. Health promotion by primary care nurses in Australian general practice.Collegian; v.20, n.4, p.215-21, 2013.

MAGALHÃES AHR, PARENTE JRF, SILVA MAM, PEREIRA IH, VASCONCELOS MIO, GUIMARÃES RX. Necessidades de saúde das mulheres feirantes: acesso, vínculo e acolhimento como práticas de integralidade. Rev. Gaúcha Enferm. [on-line]. 2016 [citado em

2019 fev 12] vol.37, n.spe, e2016-0026.<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0026>

MALTA, D.C et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1799-1809, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.04782018

MATO GROSSO DO SUL, Secretária Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2016/2019. Campo Grande, 2015. 130p. Disponível em: https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/MS_PES-2016-2019-Versao-Final.pdf Acesso em:

MELO, S. M.; CECÍLIO, L. C. O.; ANDREAZZA, R. Nem sempre sim, nem sempre não: os encontros entre trabalhadores e usuários em uma unidade de saúde. *Saúde Debate - Rio de Janeiro*, V. 41, N. 112, P. 195-207, Jan-Mar 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711216

MESQUITA, K.O. DE, GOYANNA, N.F., GOMES, G.B., FREITAS, C.A.S.L., e LACERDA, M.R. (2015, julho-setembro). Grounded Theory nos estudos sobre saúde do idoso: revisão integrativa. *Revista Kairós Gerontologia*,18(3), pp. 155-172.

MINAYO, M.C.S. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1):16-17, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017221.30302016

MINAYO, M.C.S; DINIZ, D; GOMES, R. O artigo qualitativo em foco. *Cien Saude Colet* 2016; 21(8):2326. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.15592016>

MIQUELETTO, M; SILVA, L; FIGUEIRA, C.B; SANTOS, MR; SZYLIT,R; ICHIKAWA, C.R.F. Espiritualidade de Famílias com um ente querido em situação de Final de Vida. *Rev Cuid* 2017; 8(2): 1616-27

MIRANDA et al, S.V.C. Necessidades e reivindicações de homens trabalhadores rurais frente à atenção primária à saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, 2020; 18(1):e0022858

MORAES PA, BERTOLOZZI MR, HINO P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(1):19-25

MOREIRA, P. L, DUPAS, G. Significado de saúde e de doença na percepção da criança. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003 novembro/dezembro; 6(11):757-62.

MOREIRA L. N., BARROS D. C., BAIÃO M. R.; CUNHA M. B. P. “Quando tem como comer, a gente come”: fontes de informações sobre alimentação na gestação e as escolhas alimentares. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28(3), e280321, 2018. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280321>

NETTO, L; LARA, K.S; RUA, MS. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E MUDANÇA NO MODELO ASSISTENCIAL - Texto & Contexto Enfermagem, vol. 25, núm. 2, 2016, pp. 1-7 Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Brasil

OLIVEIRA, J.A.S; BARRETO, L.D; DULTRA, L.S Cuidar é afetar-se: “BJ” coloca em xeque as velhas formas de produzir o cuidado em saúde. In: MERHY et al (org.) Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1 ed. – Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 448p.il. ISBN: 978-85-629-8719-9.

PALHONI, A.R.G; PENNA, C.M.M. Atenção à saúde na constituição de necessidades em saúde para usuários da estratégia saúde da família. Cienc Cuid Saude[on-line].2017 [citado 2018 jun. 30]; Out-Dez; 16(4).DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i4.40371>

PETERSEN, C.B, LIMA, R.A.G, BOEMER, M.R, ROCHA, S.M.M. Health needs and nursing care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;[cited 2019fev. 10]69(6):1168-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0128>

PENNA, C.M.M. Ser saudável no cotidiano da favela [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 1996.

PENNA, C.M.M. Projeto elaborado pelo Núcleo de Pesquisa Cotidiano, Cultura, Enfermagem e Saúde (NUPCCES) para Edital Universal CNPQ 14/2014.

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 [on-line]. 2014 out/dez [citado em 19 fev 2019]; 18(4):815-22. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/965>

PINTO, MB; SILVA, KL. Promoção da Saúde no Território: Discursos e Representações sobre uma Comunidade. Atas CIAIQ2019. Investigação Qualitativa em Saúd. V.2 p.1206-1212.

QUEIROZ, E. de Souza. Abordagem familiar [manuscrito]: uma teoria sobre a experiência de enfermeiro na estratégia Saúde da Família. / Evandro de Souza Queiroz. – Belo Horizonte: 2015.

REIGADA, C.L.L; ROMANO, V.F. O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28(3), e280316, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280316>

SANTOS, T.V.C.; PENNA, C. M.M. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. **Texto Contexto Enferm.** [online]. Florianópolis, v.22, n.1, p. 149-56, jan./mar 2013 <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100018>.

SANTOS, J.L.G; ERDMANN AL, SOUSA FGM, LANZONI GMM, MELO ALSF, LEITE JL. Teoria fundamentada na pesquisa em enfermagem e saúde. Escola Anna Nery 20(3) Jul-Set 2016 <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160056>

SANTOS, S.B.F.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface -Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, supl.1, p.603-13, 2009.

SANTOS, P.T; BERTOLOZZI, M.R; HINO, P. Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente. Acta Paul Enferm 2010;23(6):788-95

SCHAIBER, L B e MENDES-GONÇALVES, R B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHAIBER, LB, NEMES, MIB e MENDES-GONÇALVES, RB (org). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

SHAW, E.K; HOWARD, J; CLARK, E.C; ETZ R.S; ARYA R; TALLIA, A.F. Decision-making processes of patients who use the emergency department for primary care needs. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* v. 24, n. 3, August 2013.

SILVA, C. L. da. Interacionismo Simbólico: história, pressupostos e relação professor e aluno; suas implicações. *Revista Educação por Escrito – PUCRS*, v.3, n.2, dez. 2012.

SILVA, GWS et al. Teoria Fundamentada nos dados em Teses e Dissertações da Enfermagem Brasileira. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis , v. 27, n. 4, e3870017, 2018 . acessos em 30 maio 2019. Epub 01-Nov-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018003870017>

SILVA, A. M. N.; MANDÚ, E. N. T. Abordagem de Necessidades de Saúde no Encontro Assistencial de Trabalhadores e Usuários na Saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 739-47, Out/dez, 2012.

SOUZA, R.R. Prefácio. In: Egry EY, organizadora. *As necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores*. São Paulo: Dedone; 2008. p. 9-10.

SOUZA, C. R.; BOTAZZO, C. Construção social da demanda em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [2]: 393-413, 2013

SOUZA, M.C et al. Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do nordeste, Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2014;38(2):139-148

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília – UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STORINO, L.P, Souza K.V, Silva K.L. Necessidades da saúde de homens na atenção básica. *Esc Anna Nery* (impr.)2013 out - dez ; 17 (4): 638-645

STRAUSS, A; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. 2ed, Porto Alegre, 2008.

TAQUETTE, S. R.; MINAYO, M. C. S. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 26 [2]: 417-434, 2016 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000200005>

TEIXEIRA, R.C, et al. Vivências e necessidades de saúde de homens no período pós-nascimento de um filho. *Rev Bras Enferm.* 2014 set-out;67(5):780-7 <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670516>

TORRES-ACEVEDO, P.E; MUNOZ-SANCHEZ, A.I. Programa de promoción de la salud en un lugar de trabajo informal en Corabastos, Bogotá: una perspectiva participativa. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública, Medellín* , v. 37, n. 2, p. 22-35, Aug. 2019 Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-

386X2019000200022&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Sept. 2019.
<http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n2a04>

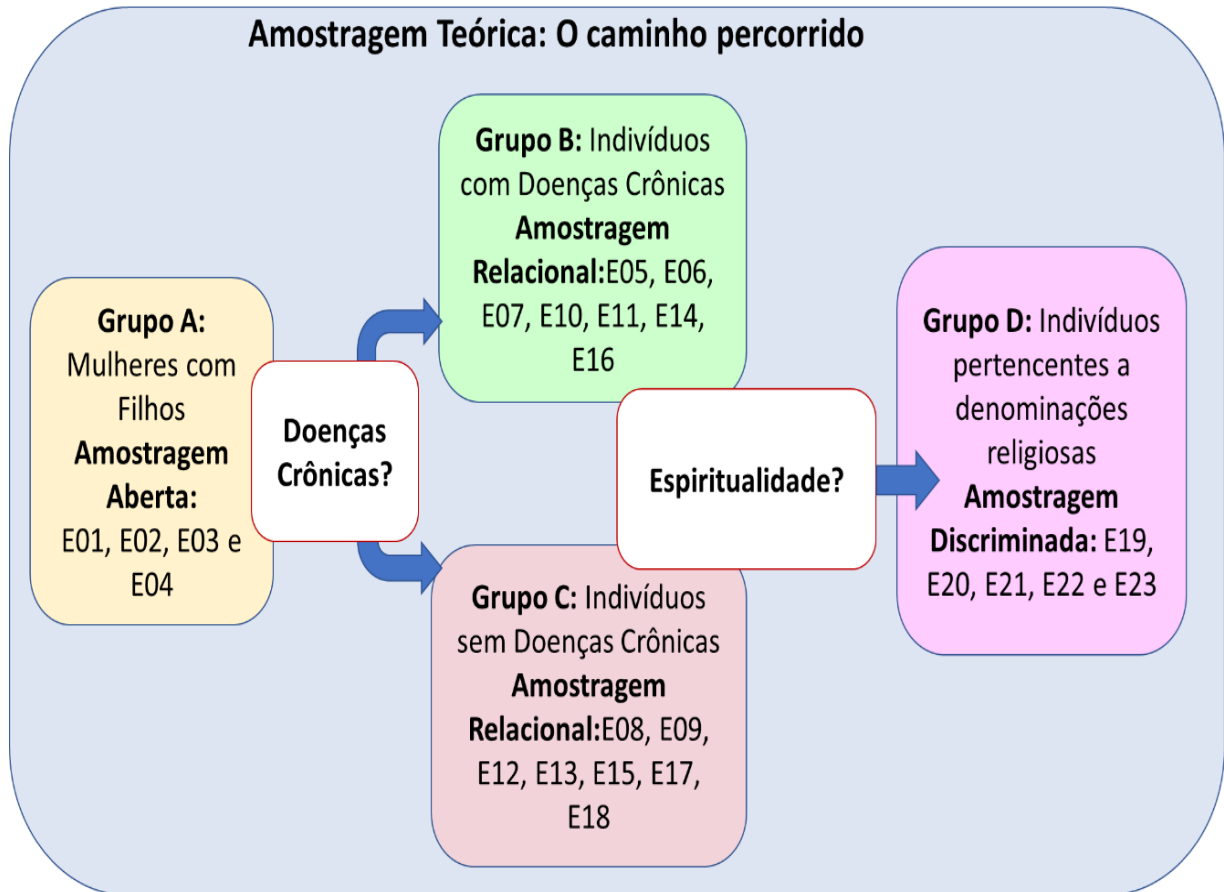
VAN NIEKERK, brimadevi. Religion and spirituality: What are the fundamental differences?. *Herv. teol. stud.* [online]. 2018, vol.74, n.3 [cited 2018-11-08], pp.1-11. Available from: <http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0259-94222018000300003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 2072-8050.
<http://dx.doi.org/10.4102/hts.v74i3.4933>.

VIEGAS, S.M.F, PENNA, C.M.M.A integralidade no trabalho da equipe saúde da família. *Esc Anna Nery* (impr.)v.17, n.1, p.133 - 141, jan./mar. 2013.

VIEGAS, S.M.F; PENNA, C.M.M. O SUS é universal mas vivemos de cotas. *Ciênc. saúde coletiva* [internet] [Citado 2019 set 28]; *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.1, pp.181-190. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S141381232013000100019>.

10. APÊNDICES

10.1. APÊNDICE A – O CAMINHAR METODOLÓGICO PARA A AMOSTRAGEM TEÓRICA.



10.2. APÊNDICE B – COMPILADO DE QUESTÕES NORTEADORAS DO ESTUDO.**PRIMEIRAS ENTREVISTAS - QUESTÕES DEFINIDAS A PRIORI:**

- 1) O que significa necessidades de saúde para você?
- 2) O que significa saúde para você?
- 3) O que significa doença para você?
- 4) E o que você busca ao recorrer aos serviços de saúde?

QUESTÕES NORTEADORAS E SEUS DESDOBRAMENTOS NA MEDIDA EM QUE AS ANÁLISES FORAM SENDO REALIZADAS - GRUPOS AMOSTRAIS A, B E C.**1) O que significa saúde para você?**

- a. E como você sabe que está bem?
- b. O que é primordial para uma pessoa ter saúde?
- c. Você se considera saudável? Por quê?
- d. E como você vê que você está com essa saúde boa?
- e. Quando você está bem com o quê?
- f. O que é bem-estar do corpo?
- g. Quando você está sentido esse bem-estar você procura a unidade de saúde?
- h. Essa saúde financeira vai estar associada ao dinheiro em si ou está ligada ao trabalho?
- i. E como isso se relaciona com a saúde mental?
- j. Como que a educação se relaciona com a saúde?
- k. E tem mais alguma coisa na vida que você acha que envolve saúde?

2) O que significa doença para você?

- a. Como você define quando uma pessoa está doente? Como é uma pessoa doente?
- b. E o que você acha que pode contribuir pra pessoa ficar mais doente?

3) E quando você procura o serviço de saúde?

- a. O que você espera quando busca o serviço de saúde?
- b. Quando você vai a um serviço de saúde? O que você espera do profissional de saúde?
- c. E quando você não vai no posto como você se cuida?
- d. O que a senhora vê no serviço de saúde que acha que poderia melhorar?
- e. Além dos profissionais o que você que poderia contribuir para ter saúde?
- f. Como é esse atender melhor?

- g. E nesse tempo que você está ali de espera, você disse que demora muito, o que você acha que podia ser feito?

4) E como você cuida da sua saúde?

- a. O que você utiliza de cuidado pra você de bem-estar?
- b. Você falou que usa chás para se cuidar o que mais você usa?
- c. E mais o que a você acha que a gente precisa pra cuidar, além do chá?
- d. Como você acha que a informação se liga a saúde?
- e. Onde mais o senhor busca saúde?

5) E tem mais alguma coisa na vida que você acha que envolve saúde?

- a. Tem diferença da vida no campo da vida na cidade?
- b. E como o emocional interfere na saúde?
- c. Como você acha que as relações interferem na saúde?
- d. Como o senhor acha que o relacionamento familiar interfere na saúde?
- e. O que você acha que é uma saúde social, que o ambiente interfere?
- f. E mais o que além do quintal do vizinho você acha que envolve a saúde?
- g. E o ambiente, o que você acha que o ambiente pode contribuir para pessoa ter saúde ou não?

QUESTÕES NORTEADORAS E SEUS DESDOBRAMENTOS GRUPO AMOSTRAL D

1) O que significa saúde para você?

2) O que significa doença para você?

3) Quando você busca aos serviços de saúde?

4) Como você cuida da sua saúde?

5) Como que a fé se relaciona com sua saúde?

- a. Quando você fala da alma o que você quer dizer?
- b. Como essa relação com Deus pode interferir na saúde?
- c. A espiritualidade está ligada com a fé ou com religião?
- d. O que diferencia da saúde mental da saúde espiritual?
- e. Como que a igreja vai interferir no processo de doença?
- f. A fé interfere de alguma forma no adoecimento?
- g. O que difere da crença e da religião?
- h. Como a igreja é um ambiente de cuidado com a saúde?

- i. Como funciona essa pastoral de aconselhamento? Como funciona a pastoral da sobriedade?
- j. Quais outras práticas que tem relação com sua fé e que são importantes para o cuidado?

10.3. APÊNDICA C - EXEMPLO DE NOTA TEÓRICA E NOTA OPERACIONAL EM MEMORANDOS.

Tipo de Nota	Memorando de Análise – Entrevista Flor do deserto 04 – Março -2018
Nota Reflexiva	<p>O fato de possuir uma doença crônica caracteriza-se como uma questão que necessita de aprofundamento e que pode influenciar no modo de significar as necessidades em saúde? Como as pessoas que possuem doenças crônicas significam as necessidades em saúde? Existe diferença entre a conceituação destes participantes e a conceituação de pessoas que não possuem nenhuma doença?</p>
Nota Teórica	<p>A ida ao serviço de saúde acontece para: tratamento de doenças (da própria pessoa ou de suas famílias), buscar remédios para hipertensão, diabetes e outros remédios da farmácia básica do posto; vacinação de crianças; realização de exames Papanicolau e sangue.</p> <p>No tratamento dos adoecimentos também são utilizados chás caseiros.</p>
Nota Operacional	<p>Entrevistar pessoas que possuem Doenças Crônicas para analisar como o fato de possuir doenças crônicas interfere em sua significação de necessidades em saúde - criar um novo grupo de participantes.</p>

10.4. APÊNDICE D - EXEMPLO DE CODIFICAÇÃO ABERTA EM TRECHO DE ENTREVISTA

ENTREVISTA 04 Usuária - “Flor do Deserto”	CODIFICAÇÃO LINHA A LINHA	CODIFICAÇÃO ABERTA
<p>1) O que é saúde pra senhora?</p> <p>A saúde é a gente tá bem, pra mim é sentir bem, que nem essa dor que eu sinto nas minhas pernas, eu espero que elas possa melhorar né?! Só que agorinha é que nem eu te falei eu não vou poder fazer cirurgia, então eu quero assim, agora eu vou passar por ele {médico} dia 21 daí eu vou ver o que que ele vai passar pra mim, eu espero que ele passe alguma meia que possa isso daqui melhorar.</p>	<p>Significado de Saúde - relacionado a ausência de dores: pra mim é sentir bem, que nem essa dor que eu sinto nas minhas pernas, eu espero que elas possa melhorar né?!</p> <p>Postura do médico? Sanar Problemas? “eu espero que ele passe alguma meia que possa isso daqui melhorar”.</p>	<p>Sentir-se bem</p> <p>Postura do médico? Melhorar Sintomas.</p>
<p>2) E o que é uma pessoa doente pra senhora?</p> <p>Minha filha doente, doente é aquele, pra mim, é aquele que tá la em cima numa cama que num pode levantar pra nada, não pode agir nada, por que muitos doentes tá tendo, cada um com umas enfermidades que vem né, é só Deus mesmo.</p>	<p>Significado de doença – Sintomas físicos relacionados a limitação para realizar atividade.</p> <p>Minha filha doente, doente é aquele, pra mim, é aquele que tá la em cima numa cama que num pode levantar pra nada, não pode agir nada.</p>	<p>Doença– Sintomas físicos</p> <p>Limitação para ação.</p>

10.5. APÊNDICE E – EXEMPLO DE TABELA RELACIONAL ENTRE PROPRIEDADES E DIMENSÕES DE UMA CATEGORIA E SUBCATEGORIAS

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	PROPRIEDADES	DIMENSÕES
A. Primeira categoria: As Necessidades Próprias das Interações na Vida Cotidiana.	1ª O autocuidado: “cuidando do que eu podia cuidar” – Self.	Hábitos de Vida	Busca por alimentação natural e realização de atividades físicas. Variação entre alimentação natural (consumo de chás e ervas) e a industrializada. Variação de hábitos entre vida ativa com realização de atividades físicas a vida sedentária.
		Condição Financeira	Varia entre suficiente ou insuficiente para o suprimento das carências diárias de sobrevivência.
	2ª Os relacionamentos na sociedade – A Interação com o Outro (centralidade da categoria)	Relacionamentos Sociais	Varia dimensionalmente entre relacionamento familiar, entre a vizinhança, na comunidade, na igreja, nos espaços de convivência.
			No que se refere à qualidade dos relacionamentos têm-se que os relacionamentos sociais variam entre conflituosos e harmoniosos. Assim, podem ser Terapêuticos e/ou Adoecedores.
	3ª As relações com o espaço onde se vive – A Interação com o Ambiente.	Local de Moradia	A relação simbólica com o local de moradia varia dimensionalmente em uma relação de afeto e desafeto. As questões sanitárias que circundam o local variam entre saneamento existente, parcialmente existente e inexistentes impactando na qualidade de vida dos moradores.
			Cuidados com o ambiente Interno - Casa

10.6. APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa intitulada “**Necessidades de saúde: concepções de usuários da atenção primária a saúde**”, sob minha coordenação, Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, professora na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo tem por objetivo compreender as concepções de necessidades de saúde a partir de sua perspectiva, enquanto usuário dos serviços de saúde, ou seja, de que forma você entende o que são as necessidades de saúde.

Para falar sobre isso, você deverá responder algumas perguntas sobre o que você entende por necessidades de saúde e como o serviço responde as suas necessidades de saúde. Se você permitir, suas respostas serão gravadas em um gravador para que seja fiel às respostas que você deu quando for transcrevê-las e você poderá escutar, se assim o desejar. Se você permitir farei observações do momento da entrevista para anotar em um caderno, chamado de diário de campo, que você poderá ler depois para autorizar sua utilização ou não.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para o entendimento de que forma você e sua família, enquanto usuários, compreendem as suas necessidades de saúde e se estas estão sendo consideradas pelos serviços de saúde; além de buscar melhorias em conjunto com os trabalhadores da saúde para o atendimento, se for o caso.

Como pode ver os riscos de participação são mínimos e caso você se sinta constrangido em dar respostas, afirmo que sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que suas respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de artigos que poderão ser publicados, e as gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos. Você deve saber que em qualquer momento da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, tanto pessoalmente como no telefone indicado abaixo, e pode retirar sua permissão e autorização para participar, além de não permitir a posterior utilização dessas respostas, sem nenhum ônus ou prejuízo em relação a seu atendimento, nem de sua família pela unidade de saúde. Reafirmo que em qualquer situação seu atendimento não será prejudicado e que você não terá nenhum gasto extra e nem mesmo será pago pelas informações. Você pode contatar o Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG)¹, onde você pode solicitar esclarecimentos sobre questões éticas relacionadas à pesquisa, pelo telefone e endereço abaixo. Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação como voluntário dessa pesquisa, sendo que uma cópia ficará em seu poder.

Atenciosamente,
Cláudia Maria de Mattos Penna.

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.
Assinatura: _____

¹ Contatos: **Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP)**: Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592.
Profª. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867 ou 3409-9836. Escola de Enfermagem – UFMG.

10.7. APÊNDICE G - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA
 Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - 5º andar - Bairro Santa Efigênia
 CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
 Tel.: 3248-9860 FAX.: 3248-9859 E-mail:emi@enf.ufmg.br

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE COXIM - MS

Exmo. Sr. Secretário de Saúde Rogério Souto

Venho por meio deste, solicitar sua autorização para realização da pesquisa intitulada “**Necessidades de Saúde na voz de usuários da Estratégia de Saúde da Família**” de responsabilidade da Profª Drª Cláudia Maria de Mattos Penna, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

O estudo tem por objetivo é compreender as concepções de necessidades de saúde de usuários da APS com a finalidade de contribuir para a melhoria da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS).

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas com usuários atendidos no município, convidados voluntariamente para participação. Esclareço que a identificação do município será mantida em sigilo e as respostas fornecidas pelos entrevistados serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa.

Saliento que o projeto completo e detalhado segue anexo a esta solicitação de anuência.

Após tais esclarecimentos e se estiver de acordo com o mesmo, assine o presente termo, dando sua autorização e consentimento para que a pesquisa possa ser realizada.

Cidade: Coxim, MS.

Data: 10/08/14

Nome:

Assinatura:

Cargo: Secretário de Saúde

Instituição: Prefeitura de Coxim.

Documento: 786.258.151-20

Pesquisador (a): Cláudia Maria de Mattos Penna

Telefones para contato: (31) 3409 9867

COEP/ UFMG: 3499 4592 – FAX: 3499 4027