

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

ELAINE MIGUEL DELVIVO FARÃO

**NECESSIDADE DE SAÚDE: UMA TEORIZAÇÃO FUNDAMENTADA
EM VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

BELO HORIZONTE

2016

ELAINE MIGUEL DELVIVO FARÃO

**NECESSIDADE DE SAÚDE: UMA TEORIZAÇÃO FUNDAMENTADA EM
VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação 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 Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.

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

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

BELO HORIZONTE
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG

2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Farão, Elaine Miguel Delvivo

Necessidade de saúde [manuscrito] : uma teorização fundamentada em vivências de profissionais da estratégia saúde da família / Elaine Miguel Delvivo Farão. - 2016.

83 f.

Orientadora: Claudia Maria de Mattos Penna.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Necessidades e Demandas dos Serviços de Saúde.
2.Assistência Integral à Saúde. 3.Atenção Primária à Saúde.
4.Enfermagem. I.Penna, Claudia Maria de Mattos . II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

DEDICATÓRIA

A todos aqueles que me cativaram ou foram cativados por mim, que acreditando naquilo que os olhos não podem ver, entregaram-se aos encontros com os olhos do coração e contribuíram para que hoje eu me tornasse quem sou. Aos meus familiares e ao meu esposo por sempre acreditarem em mim e estarem comigo, lado a lado, na realização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

A **Deus** por me conduzir nos caminhos da vida, dando-me forças para vencer desafios e alcançar vitórias. Obrigada Senhor por dar-me fé para seguir em frente!

Agradeço, especialmente a **Claudia Penna**, minha orientadora, professora e exemplo de pessoa que enxerga para além do que está visível aos olhos. Acompanhou esse projeto desde quando era apenas algumas interrogações, conduzindo-me com sabedoria e muita luz durante toda a realização do mestrado. Soube entender meus medos e incentivar a superá-los. Guiando meus passos de forma firme e suave nos caminhos da Teoria Fundamentada nos Dados, possibilitou-me crescimento tanto profissional como pessoal. Obrigada por todas às vezes, em que, depois de conversar com você minha mente fervilhava. Você foi essencial para que esse sonho se realizasse!

Ao meu esposo **Diogo Farão**, por seu apoio na realização dos meus sonhos, pelo incentivo mesmo quando as pedras do caminho pareciam infindáveis, por amparar-me nos braços secando as minhas lágrimas, por compreender minhas ausências nas madrugadas quando meus neurônios estavam a mil, por compreender minhas escolhas, por ser essa pessoa tão especial e amada que faz dos meus dias muito mais felizes.

Ao meu papai **Sérgio** e a minha mamãe **Mariza**, por todos os ensinamentos, por sempre me incentivarem nos estudos e conduzirem-me com muito Amor, por serem um porto seguro durante toda minha vida. Amo muito vocês!

As minhas Manas (**Lulu, Tati, Pity e Quequel**) e aos Meus Manos (**Roger, Yapo e Rodrigo**) por motivarem-me a seguir em frente, por proporcionarem-me tantos momentos felizes que foram meu refúgio nas horas de cansaço físico e mental. Vocês são luz na minha existência!

Aos meus **familiares, avós, primas, primos, tios e tias** por todas as orações, por estarem sempre presentes, mesmo quando quilômetros nos separam. Vocês trazem muita força e equilíbrio a minha vida!

A minha prima **Aline** e ao meu primo **Edlei** por oferecerem-nos um lar para morarmos quando chegamos em Belo Horizonte, por serem nossos primos-irmãos com quem podemos contar tanto nos momentos felizes como nas horas de dificuldades.

Ao meu primo **Lucas** pela revisão de Português, por todo apoio e carinho de sempre. Sua ajuda foi fundamental!

A minha cunhada **Michelle** e ao meu cunhado **Jairo**, por juntos construirmos essa amizade tão linda.

As minhas sobrinhas **Emilly e Lara** e ao meu afilhado **Matheus**, por adoçarem essa trajetória com momentos de muito carinho, cuidados e alegria. Receber todo esse Amor é uma dádiva divina!

As minhas Amigas **Andyara e Juliana**, vocês são um presente de Deus! Agradeço por nossos encontro-terapias, por ajudarem-me a enxergar melhor quando minhas dúvidas e anseios

desesperavam-me. Suas palavras de força, fé e incentivo fizeram toda diferença nessa caminhada. Nossa amizade é para a vida inteira!

A minha amiga **Bianca**, por nossas horas de estudo em dupla nas viradas da noite, por toda a energia positiva e apoio nas horas de desânimo. Você é muito especial!

Aos **amigos do NUPCCES** pelas trocas de experiências, pelas reflexões e ensinamentos. Em especial, a **Nayara Alacoque** pelas rápidas e cuidadosas transcrições; sua ajuda foi fundamental para a concretização deste estudo! Também agradeço ao Professor **Evandro** pelo compartilhamento de experiências e reflexões quando a TFD era para mim um grande desafio.

Aos **colegas de mestrado**, por compartilharmos as disciplinas, os trabalhos em grupo, as companhias nas aulas, os medos e as superações. Vocês foram fundamentais!

Aos **amigos de longe**, tanto de Santa Maria como de Juiz de Fora, por permanecermos unidos mesmo morando em lugares distantes. Em especial as **Cabeçudinhas Lety, Camile e Bruna** e ao nosso querido **Theozinho**! Amigas da Residência para a vida! A Saudade de vocês é imensa!

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, por todo suporte durante a realização deste curso, possibilitando-me dedicar exclusivamente à realização do mestrado.

Aos **Professores** tanto da Escola de Enfermagem da UFMG como da UFJF e da UFSM, por onde trilhei minha trajetória acadêmica, por todos os ensinamentos, por todas as reflexões proporcionadas que contribuíram tanto para a realização dessa dissertação como para meu crescimento pessoal e profissional.

Aos **profissionais de saúde** por disponibilizarem-se a participar deste estudo, permitindo-me partilhar de suas concepções e vivências.

Aos **gestores de saúde** do município de Itabirito por abrirem as portas para que esta pesquisa fosse realizada no âmbito de seus serviços de saúde e por viabilizarem meios para que esta acontecesse, com muita presteza e receptividade.

Enfim, agradeço a todos que torceram por mim, que de alguma forma contribuíram para que esse sonho fosse realizado; a vocês brindo essa vitória!

Uma vez fui viajar e não voltei

Uma vez fui viajar e não voltei.

Não por rebeldia ou por ter decidido ficar; simplesmente mudei.

Cruzei fronteiras que eu nunca imaginaria cruzar. Nem no mapa, nem na vida. Fui tão longe que olhar para trás não era confortável, era motivador.

Conheci o que posso chamar de professores e acessei conhecimentos que nenhum livro poderia me ensinar. Não por serem secretos, mas por serem vivos.

Acrescentei ao dicionário da minha vida, novos significados para educação, medo e respeito.

Reaprendi o valor de alguns gestos. Como quando criança, a espontaneidade de sorrisos e olhares faz valer a comunicação mais universal que há – a linguagem da alma.

Fui acolhido por pessoas, famílias, estranhos, bancos e praças. Entre chãos e humanos, ambos podem ser igualmente frios ou restauradores.

Conheci ruas, estações, aeroportos e me orgulho de ter dificuldade em lembrar seus nomes.

Minha memória compartilha do meu desejo de querer refrescar-se com novos e velhos ares.

Fiz amigos de verdade. Amigos de estrada não sucumbem ao espaço e nem ao tempo. Amigos de estrada cruzam distâncias; confrontam os anos. São amizades que transpassam verões e invernos com a certeza de novos encontros.

Vivi além da minha imaginação. Contrariei expectativas e acumulei riquezas imateriais.

Permiti ao meu corpo e à minha mente experimentar outros estados de vivência e consciência.

Redescobri o que me fascina. Senti calores no peito e dei espaço para meu coração acelerar mais do que uma rotina qualquer permitiria.

E quer saber?

Conheci outras versões da saudade. Como nós, ela pode ser dura. Mas juro que tem suas fraquezas. Aliás, ela pode ser linda.

Com ela, reavaliei meus abraços, dei mais respeito à algumas palavras e me apaixonei ainda mais por meus amigos e minha família.

E ainda tenho muito que aprender.

Na verdade, tais experiências apenas me dirigem para uma certeza – que ainda tenho muito lugar para conhecer, pessoas a cruzar e conhecimento para experimentar.

Uma vez fui viajar...e foi a partir deste momento que entendi que qualquer viagem é uma ida sem volta. (Marcelo Pentead)

RESUMO

Estudo qualitativo realizado sob o referencial teórico do Interacionismo Simbólico e metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Teve por objetivo construir teorizações sobre necessidades de saúde fundamentadas em vivências de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e compreender as concepções de necessidades de saúde de profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. Participaram do estudo os profissionais de saúde da ESF do município de Itabirito -MG, sendo cinco enfermeiros, cinco agentes comunitários de saúde, cinco técnicos de enfermagem, cinco médicos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, as quais foram gravadas em meio eletrônico e posteriormente transcritas, a partir de questões norteadoras: O que você entende por necessidades de saúde? Como o serviço responde as necessidades de saúde? De acordo com as diretrizes metodológicas da TFD, novos questionamentos foram acrescentados à medida que as análises preliminares dos dados foram ocorrendo. Realizou-se também anotações em memorandos, notas realizadas das entrevistas, que contêm reflexões preliminares sobre as impressões do pesquisador e transformam-se em notas teóricas que auxiliam na teorização realizada. Os dados foram analisados por meio do processo de codificação proposto pela metodologia, que possui três etapas: Codificação Aberta dos dados, Codificação axial e a Codificação Seletiva. A categoria central que aflorou, reunindo todas as outras propriedades e dimensões encontradas nos conceitos que a formularam foi: A (in) visibilidade das necessidades de saúde: a dinamicidade do “convívio nosso com o mundo”. Isto porque os constructos teóricos mostram que as necessidades de saúde constituem-se daquelas que necessidades visíveis, que estabelecem as causas da busca dos serviços por parte dos usuários. Entretanto, as estas somam-se aquelas que são invisíveis aos cuidados profissionais, mas interferem sobremaneira não só no processo saúde doença das pessoas, como também em sua vida. Para melhor efetividade do cuidado, estas precisam ser também acolhidas e transformadas em necessidades cuidáveis. Espera-se que essa teorização possa contribuir para a implementação de práticas mais criativas na organização dos serviços de saúde, com vistas a alcançar um cuidado integrado das Necessidades de Saúde, sejam elas visíveis ou invisíveis.

Palavras-chave: Necessidades e Demandas dos Serviços de Saúde; Assistência integral à saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This is a qualitative study conducted from the theoretical framework of the Symbolic and Methodological Interactionism of the Grounded Theory (GT). It was aimed to build theorizations about health needs based on professional experiences of the Family Health Strategy (FHS) and understand the conceptions of health needs of professionals working in Primary Health Care. Study participants are health professionals of the FHS in the city of Itabirito-MG, with five nurses, five community health workers, five nursing technicians and five physicians. Data were collected through interviews, which were recorded in electronic media and, subsequently, transcribed from the guiding questions: What do you mean by health needs? How does the service respond to the health needs? According to the methodological guidelines of GT, new questionings were added as the preliminary analyzes of data were taking place. Furthermore, notes on memos were written, which are notes made with basis on the interviews and that are filled with preliminary reflections about the impressions of the researcher and transformed into theoretical notes that help in the theorization held. Data were analyzed by means of the codification process proposed by the methodology, which has three stages: Open Data Codification, Axial Codification and Selective Codification. The key category that was raised, bringing together all the other properties and dimensions found in the concepts that contributed to its formulation, was: The (in) visibility of the health needs: the dynamicity of “our coexistence with the world”. This is because the theoretical constructs reveal that the health needs are comprised by those that are visible, which establish the causes of search for services on the part of users. Nevertheless, these are added to those that are invisible to professional care, and they severely affect not only the health-disease process of people, but also their lives. In order to achieve better effectiveness of care, they also need to be appreciated and transformed into needs possible to be addressed. It is hoped that this theorization may contribute to the implementation of more creative practices in the organization of health services, with a view to reaching a comprehensive care of the Health Needs, irrespective of whether they are visible or invisible.

Keywords: Health Services Needs and Demands; Comprehensive health care; Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 01 – Exemplo de Codificação Aberta.....	29
Quadro 02 – Exemplo de Codificação Axial.....	30
Quadro 03 – Exemplo de Memorando.....	31
Quadro 04 – Exemplos de Nota Teórica e Nota Operacional.....	31
Quadro 05 – Exemplo de Diagrama como listagem.....	32
Quadro 06 – Perfil Profissionais Participante.....	35
Figura 1 - Diagrama I - Relação entre as propriedades e as dimensões da categoria “Necessidades Visíveis”.....	38
Figura 2 - Diagrama II - 1ª Categoria: “Necessidades Visíveis”.....	39
Figura 3 - Diagrama III - Relação entre as propriedades e as dimensões da categoria “Necessidades Invisíveis”.....	41
Figura 4 - Diagrama IV - 2ª Categoria: “Necessidades Invisíveis”.....	42
Figura 5 - Diagrama V - 3ª Categoria: “O cuidado integrado das necessidades de saúde na APS”.....	43
Figura 6 - Diagrama VI - Definição da 1ª subcategoria: “Descobrimto/suprimento das necessidades de saúde”.....	47
Figura 7 - Diagrama VII - Estratégia para o “descobrimto” das necessidades cuidáveis.....	50
Figura 8 - Diagrama VIII – Pacote de Metas.....	53
Figura 9 - Diagrama IX - Definição da 2ª subcategoria: “Entraves a visibilidade/ suprimento das necessidades de saúde”.....	57
Figura 10 - Diagrama X - A Teorização.....	61

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
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - MINHAS “NECESSIDADES” - APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA.....	14
OBJETIVOS DO ESTUDO.....	18
CAPÍTULO II - REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO: A TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS E O INTERACIONISMO SIMBÓLICO.....	19
CAPÍTULO III - PERCURSO METODOLÓGICO DESTE ESTUDO.....	24
O CENÁRIO DO ESTUDO.....	24
OS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	25
TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	26
ANÁLISE DOS DADOS.....	27
- Codificação aberta.....	28
- Codificação axial.....	29
- Codificação Seletiva.....	30
- Memorando.....	30
- Diagramas.....	31
-Código in vivo.....	32
ASPÉCTOS ÉTICOS.....	33

CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	34
CAPÍTULO V - APROXIMAÇÃO COM OS DADOS.....	36
PRIMEIRA CATEGORIA - A VISIBILIDADE DAS NECESSIDADES NOS DADOS.....	36
SEGUNDA CATEGORIA - A INVISIBILIDADE DAS NECESSIDADES NOS DADOS	39
TERCEIRA CATEGORIA - O CUIDADO INTEGRADO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE NA APS.....	43
1ª Subcategoria - O descobrimento/suprimento das necessidades nos dados.....	44
2ª Subcategoria - Entraves a visibilidade/suprimento das necessidades de saúde.....	51
CAPÍTULO VI - RELACIONANDO AS CATEGORIAS À CATEGORIA CENTRAL – TEORIZAÇÃO.....	60
CAPÍTULO VII - CAFÉ COM OS AUTORES – TEORIZANDO A LUZ DA LITERATURA.....	64
CAPÍTULO VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	74
APÊNDICES.....	78

CAPÍTULO I

MINHAS “NECESSIDADES” -APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

A construção dessa dissertação é resultado de frutos que germinaram ao longo de minha trajetória como enfermeira, pesquisadora e pessoa cada dia mais desafiada por reflexões críticas acerca da realidade na qual estamos inseridos.

Ao ingressar no programa de Mestrado da Universidade Federal de Minas (UFMG) minha proposta era continuar os estudos iniciados no programa de residência, na linha da gestão, tendo como foco a regulação assistencial e o caminhar do usuário dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Porém, minha orientadora com seus questionamentos, fez avolumar minhas inquietações acerca de para quem estamos gerindo os serviços de saúde? Que necessidades são cuidadas nestes espaços? Quais as perspectivas que tem configurado a assistência à saúde no âmbito do SUS?

Reflexões como estas aumentaram quando integrei o Núcleo de Pesquisa, Cotidiano, Cultura, Enfermagem e Saúde (NUPCCES) que propôs, nos últimos dez anos, analisar as práticas de integralidade desenvolvidas no trabalho cotidiano de trabalhadores da Atenção Primária a Saúde (APS).

Nessa perspectiva, os resultados dos estudos realizados pelo NUPCCES, mostram que, apesar da APS apresentar-se como organizadora e ampliadora do acesso, reduzindo as iniquidades em saúde e aumentando a possibilidade de maior resolução dos problemas dos usuários, os serviços ainda são organizados centrados na doença, o que mostra incoerências e discordâncias entre o que é proposto teoricamente pela APS e a prática cotidiana dos profissionais de saúde (PENNA, 2014).

Assim, os usuários que buscam os serviços de saúde têm suas necessidades “moldadas” prioritariamente pelos serviços clínicos que são ofertados no âmbito do SUS, o que compromete a integralidade da assistência e a potencialidade resolutiva da APS, levando a um ciclo de oferta e procura no qual não há espaço para a subjetividade das necessidades singulares de cada sujeito (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000; PENNA, 2014).

Nesta perspectiva, Santos e Penna (2013, p.152) inferem que as unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) “atendem às demandas individuais e atêm-se a condutas, muitas vezes, que priorizam atendimento de doenças”.

Para Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) apud Vernasque e Ayres (2010, p.36) “as necessidades de saúde são consideradas como o principal objeto de trabalho e cuidado em saúde” no cotidiano dos serviços.

As necessidades de saúde, considerando o apresentado, devem ser entendidas como aquelas que extrapolam os diagnósticos e os determinantes de saúde, sendo fundamental estar atento não só aos processos de gestão como aos processos de atenção e as concepções subjetivas que emergem dos trabalhadores de saúde, pois interferem em suas práticas cotidianas e nos serviços oferecidos na APS (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000; SANTOS; PENNA 2013).

Dessa forma, a discussão acerca das necessidades de saúde e seus significados na vida das pessoas exige atenção dos profissionais da APS, pois o planejamento do cuidado neste âmbito deve considerar a singularidade dos usuários durante toda sua vida (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), 2011).

Neste contexto, a ESF apresenta-se como um novo modelo de atenção, visando a consolidação da APS e abrindo caminhos para uma relação mais próxima entre o sistema e usuários, efetivando na prática os princípios norteadores do SUS (SOUZA, 2008).

Segundo Viegas e Penna (2010, p. 45) a ESF “reivindica a posição de “estratégia” por sinalizar um caminho possível para se atingirem os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo, portanto, capaz de influenciar e produzir impactos no Sistema como um todo”.

Contudo, constata-se que, mesmo com um discurso de cuidado contínuo e longitudinal para uma melhoria da qualidade de vida das famílias, na ESF ainda há uma predominância de uma prática assistencial voltada, em sua maioria, para o atendimento das demandas espontâneas e clínicas dos usuários. Estas, quando não são atendidas de forma resolutiva na APS, provocam a busca a outros pontos de atenção à saúde, como por exemplo as urgências e emergências. Dessa forma, constata-se uma sobrecarga da atenção secundária e terciária com demandas clínicas que poderiam ser atendidas pela atenção primária (PENNA, 2014).

Portanto, entende-se que os profissionais de saúde precisam reconhecer as necessidades de saúde dos usuários da APS, da forma mais ampla possível, para que o conceito não se reduza às esferas clínica e biológica, mas que incorpore a dimensão da inserção dos indivíduos na sociedade em toda a sua complexidade, sendo considerada, em cada cuidado, a subjetividade do usuário (CECÍLIO, 2001; KELEHERA, 2013).

Segundo Santos et al (2013, p.106) na ESF é “fundamental que as equipes encontrem espaços para colocar em evidência a complementaridade e a interdependência dos diferentes saberes e fazeres, pactuando compromissos e responsabilidades”.

Para Vernasque e Ayres (2010, p.74) “os serviços de saúde aparecem como espaços legítimos para a transmissão do conhecimento de informações necessárias para um melhor viver, para responder as necessidades de saúde da população e para promover a educação em saúde”.

Dessa forma, a interação entre o fazer profissional e os espaços de produção do cuidado assume relevância para o suprimento das necessidades de saúde dos usuários que buscam estes serviços.

Corroborando, Viegas et al (2010, p.5) afirmam que o “cotidiano dos serviços de saúde pode ser um espaço privilegiado de produção do cuidado ou se restringir a executar o trabalho em saúde de modo enrijecido, guiado somente por conhecimentos técnico-estruturados”.

Conforme Storino, Souza e Silva (2013, p. 642) “o profissional de saúde precisa ter consciência do seu poder em induzir demandas. Por isso, é fundamental descobrir caminhos para uma prática que reconheça a necessidade de autonomia dos sujeitos”.

Nessa perspectiva, compreender de que maneira os profissionais significam as necessidades de saúde em sua prática cotidiana, faz-se fundamental para a construção de projetos terapêuticos, integrais e articulados intersetorialmente (VERNASQUE; AYRES, 2010; LIONELLO, 2012)

Destarte, parte-se do pressuposto de que no cotidiano dos serviços de saúde, ainda se observam lacunas entre a expressão das reais necessidades de saúde dos usuários e a assistência oferecida na ESF. Sendo as necessidades de saúde, reduzidas as demandas biológicas e a assistência aos serviços já ofertados nas unidades, o que compromete o cuidado na APS e a resolução real, efetiva e integral dos problemas de saúde vivenciados pelos usuários (SHAW et al., 2013; SANTOS; PENNA 2013; JUNGES et al., 2012; SILVA; MANDÚ 2012).

Diante do exposto e buscando nortear este estudo, foram propostas as seguintes questões: Qual a compreensão dos profissionais de saúde, que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), acerca de necessidades de saúde no cuidado dos usuários? Como o significado atribuído pelos profissionais às necessidades de saúde interfere em sua prática no cotidiano dos serviços de saúde?

Desta forma, a reflexão crítica desta temática por meio da teorização poderá subsidiar a produção de redes de cuidado integral em saúde, a construção de vínculos afetivos e o melhor uso de tecnologias relacionais, que tenham como bases de suas ações e planejamentos as necessidades dos sujeitos que compõem o SUS para além dos serviços e ações previstos nos protocolos da ESF.

Assim, pensar as necessidades de saúde no contexto da ESF, com respeito e acolhimento às diferenças, propondo projetos comuns e compreendendo as singularidades dos indivíduos envolvidos no processo de cuidar, é uma forma de criar possibilidades para além dos limites de conhecimentos estanques.

Nesse sentido, empreender estudos que reflitam acerca das necessidades de saúde na perspectiva dos trabalhadores da ESF é um desafio para a construção de um cuidado mais resolutivo, singular e humanizado no cotidiano dos serviços no âmbito da APS.

Após esta discussão problematizadora, são apresentados os objetivos do estudo e posteriormente um capítulo destinado ao referencial teórico – metodológico, uma vez que quando a metodologia utilizada é a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) não é feito, *a priori*, uma revisão bibliográfica da temática estudada.

Conforme Charmaz (2009, p.223), “o objetivo buscado com o adiamento da revisão bibliográfica é evitar a importação de ideias preconcebidas e a imposição destas ao seu trabalho”, de modo a incentivar o investigador a refletir e desenvolver suas ideias com base nos dados coletados.

OBJETIVOS DO ESTUDO

- Compreender as concepções de necessidades de saúde de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família.
- Construir teorizações sobre necessidades de saúde fundamentadas em vivências de profissionais da Estratégia Saúde da Família

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO: A TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS E O INTERACIONISMO SIMBÓLICO

O método qualitativo foi escolhido por melhor adequar-se ao estudo proposto, tendo em vista o objetivo de construir teorizações sobre necessidades de saúde fundamentadas em vivências de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Na perspectiva de Goldenberg (2005), a pesquisa qualitativa enfatiza as particularidades de um fenômeno em termos de seu significado para o grupo pesquisado. Assim, parte do contexto subjetivo do indivíduo fundamentado em experiências vividas, a partir de seus valores, crenças, compreensões, sentimentos e suposições.

Para Chizzoti (2006, p. 221), “o termo qualitativo implica uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa, para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível”.

Devido aos objetivos propostos para este estudo, estabelece-se como fundamento teórico-metodológico, a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), pois possibilita a construção de conhecimentos sobre fenômenos pouco ou ainda não explorados, bem como a proposição de teorias a partir da análise dos dados estudados (DANTAS et al 2009).

Segundo Dantas et al (2009, p.140) recomenda-se para utilização desta fundamentação “envolvimento com o objeto de estudo, disponibilidade de tempo, criatividade, domínio dos preceitos da TFD, capacidade dedutiva e indutiva e sensibilidade teórica”.

Strauss e Corbin (2008, p.35) afirmam que “uma teoria é mais do que um conjunto de resultados; ela oferece uma explicação sobre os fenômenos”, sendo derivada de dados sistematicamente reunidos e analisados, por meio do processo de pesquisa e que tendem a oferecer mais discernimento, melhorar o entendimento e fornecer um guia para a ação.

Para Cassiane (1996), a TFD consiste em um método para construção de teoria com base nos dados investigados de determinada realidade, obtidos por uma combinação do raciocínio indutivo e dedutivo, mediante a organização em categorias conceituais que possibilitam a explicação do fenômeno investigado. Assim, a autora (1996, p.4) afirma que: “os conceitos usados na construção de teorias são conceitos abstratos (conceitos que independem de tempo e espaço) sendo que a abrangência de uma teoria é determinada pela abstração de seus conceitos ou pela capacidade de o investigador abstrair relações”. Ou seja, a análise dos dados necessita que o pesquisador esteja atento aos códigos que vão surgindo

durante esse processo, para identificar como os conceitos se relacionam e assim encontre nos dados a categoria central que consistirá em sua teoria.

Para Strauss e Corbin (2008, p.35) “as teorias têm várias propriedades e, quando analisadas, também podem ser localizadas ao longo de certas dimensões e ordenadas conceitualmente”. Dessa forma, na teorização a busca de descritores analíticos permite ao pesquisador estabelecer relações e compreender os fenômenos estudados.

A TFD foi desenvolvida pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss nos anos de 1960, durante pesquisas acerca do processo de morte em ambientes hospitalares, quando a pesquisa qualitativa perdia espaço na Sociologia (STRAUSS, CORBIN, 2008; CHARMAZ, K, 2009).

Segundo Charmaz (2009, p.19) estes sociólogos “visaram a deslocar a investigação qualitativa para além dos estudos descritivos, e em direção à esfera dos arranjos teóricos explanatórios e, com isso, produzir compreensões abstratas e conceituais dos fenômenos”.

A autora afirma que ideias herdadas da Universidade de Chicago por Strauss permeiam a TFD, sendo elas, comentadas em Charmaz (2009, p.21):

Strauss viu os seres humanos como agentes ativos em suas vidas e em suas esferas de vida, e não como receptores passivos de forças sociais maiores. Ele partiu do princípio de que o processo, e não a estrutura, era fundamental à existência humana. De fato, os seres humanos, criaram estruturas por meio do seu engajamento em processos. Para Strauss, os significados sociais subjetivos baseavam-se no uso da linguagem e emergiam por meio da ação. (...) Strauss levou para a teoria fundamentada as noções da atividade humana, dos processos emergentes, das significações sociais e subjetivas, das práticas da solução de problemas e do estudo irrestrito da ação.

Nesse sentido, a tradição filosófica pragmatista adotada na academia por Strauss, anunciou como perspectiva teórica influenciando a TFD o Interacionismo simbólico (CHARMAZ, 2009; DANTAS et al 2009). As suas ideias foram influenciadas por autores como Park (1967), Thomas (1966), Dewey (1922), Mead (1934), Hughes (1937) e Blumer (1969) (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Assim, a TFD é influenciada pelo interacionismo simbólico, que segundo Goldenberg (2005, p.27) “destaca a importância do indivíduo como intérprete do mundo que o cerca e, conseqüentemente, desenvolve métodos de pesquisa que priorizam os pontos de vista dos indivíduos”.

O termo Interacionismo Simbólico (IS) foi usado pela primeira vez em 1937 por Herbert Blumer (1900 – 1986), tendo como principal precursor e inspirador do movimento

interacionista George Mead (1863 – 1931) (CARVALHO, BORGES, RÊGO, 2010; SILVA, 2012).

Mead (1953), Blumer (1969) e Charon (1989) apud Dupas, Oliveira e Costa (1997) apontam como principais pilares do IS:

- O SÍMBOLO – objetos desenvolvidos socialmente que podem ser descritos por palavras. São carregados de significados e interpretações, sendo a linguagem a base simbólica do ser humano, seja falada ou expressa de outra forma. São criados e mudados por meio da interação de seus usuários. Neste estudo, o compartilhamento das perspectivas dos profissionais de saúde da ESF, é simbólico;

- O SELF – processo social no interior da pessoa, que se altera constantemente na medida em que a interação com a sociedade ocorre, surge e se desenvolve nesse contexto. Envolve o “Eu” – que “seria a percepção que se tem de si mesmo como um todo” (SILVA, 2012)- e o “Mim”, que neste processo interativo refere-se aos “aspectos relacionados a questões culturais e de valores que propiciam, aos agentes, definir seu desempenho, seu papel, na sociedade” (SILVA, 2012).

- A MENTE – é através da atividade da mente que ocorre a interação com o SELF e ocorre o processo de significação. Segundo Silva, (2012, p.4) “a mente seria o veículo que interpreta as atitudes de outrem e planeja através do processo reflexivo baseado nas ações e comportamentos (dos demais indivíduos) internalizados nas relações sociais”. Neste estudo, representado pela concepção que os profissionais de saúde têm acerca das necessidades de saúde e como esta interfere em sua prática profissional.

- A INTERAÇÃO SOCIAL – acontece reciprocamente a partir da ação social. Na explanação de Carvalho, Borges e Rêgo (2010, p.224) “a ação é entendida como social quando levamos os outros em consideração, ou seja, nossas ações são guiadas pelo que os outros fazem na situação, porque os outros com os quais interagimos, são considerados objetos sociais”. Nessa perspectiva, a interação simbólica pressupõe uma comunicação, seja ela por meio de palavras ou ações, que permitirá a interpretação e levará a formas de agir diferenciadas a depender dos atores envolvidos na interação social.

Nesta fundamentação teórica, a ação diferencia-se do comportamento por estar repleta de intencionalidade, envolvendo as diversas formas de comunicação que possibilitam a interação social (SILVA, 2012).

Para Lopes e Jorge (2005, p. 106) é a interação social que levará ao processo interpretativo o qual “através da auto interação leva a uma ressignificação do vivido, em que os valores individuais interferem no significado que as coisas têm para a pessoa”.

Conforme Charmaz (2009, p. 21) o IS “pressupõe que as pessoas possam refletir, sobre as suas ações, e não apenas respondam de forma mecânica a estímulos”, dessa forma, a interação possibilita mudanças na forma de agir no mundo.

Segundo Carvalho, Borges e Rêgo (2010, p.148) com o IS há possibilidade de compreender “o modo como os indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem e como tal processo de interpretação conduz o comportamento individual em situações específicas”.

Corroborando, Silva (2012, p.75) afirma que no IS para “compreender as causas que levam o indivíduo a ter determinada conduta deve-se saber como ele entende, lê, percebe a realidade”.

Assim, a concepção dos profissionais de saúde acerca das necessidades de saúde perpassa por suas experiências, vivências, relações e significações, sendo estas orientadoras de sua prática na ESF.

Nesse sentido, a forma como estes sujeitos compreendem e definem as necessidades de saúde pode ser compreendida sob um olhar fundamentado no Interacionismo Simbólico.

Desta forma, Lopes e Jorge (2005, p.104) apontam que o IS “tem sido utilizado com sucesso na Enfermagem por se tratar de uma teoria em que o significado é o conceito central, onde as ações individuais e coletivas são construídas a partir da interação entre as pessoas, que definindo situações agem no contexto social que pertencem”.

Segundo Blumer (1969) apud Dupas, Oliveira e Costa (1997, p.3) as três premissas que fundamentam o IS são:

O ser humano age em relação as coisas com base nos sentidos que tais coisas têm para ele; o sentido das coisas é derivado, ou se origina, da interação social que o indivíduo estabelece com os outros; estes sentidos são manipulados e modificados através de um processo interpretativo, usado pela pessoa ao lidar com as coisas e situações que ela encontra.

Conforme Dantas et al (2009, p.143) a TFD tem contribuído significativamente com o avanço do conhecimento na enfermagem, uma vez que “extraí, da experiência e da realidade dos atores sociais envolvidos, o caminho para se chegar a resultados confiáveis que possam gerar ações, bem como aperfeiçoar seus conhecimentos”.

Para Charmaz (2009, p.185) “os métodos da teoria fundamentada fornecem aberturas teóricas que evitam a importação e a imposição de imagens cristalizadas e respostas automáticas”.

Assim, a análise dos dados, bem como a compreensão dos resultados dessa pesquisa foi possível por meio da associação entre a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e o

Interacionismo Simbólico (IS). Possibilitando extrair das experiências vivenciadas pelos profissionais, no contexto da APS, aspectos significativos, viabilizando interligar constructos teóricos acerca do significado de necessidades de saúde na concepção destes indivíduos.

CAPÍTULO III

PERCURSO METODOLÓGICO DESTE ESTUDO

O CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário deste estudo foram centros de saúde do município de Itabirito - MG, que foi escolhido tendo em vista a prévia inserção dos pesquisadores do núcleo de pesquisa no local.

O município de Itabirito foi criado em 7 de setembro de 1923, com nome em tupi guarani, significa “pedra que risca vermelho”. Está localizado na região central de Minas Gerais, no Quadrilátero Ferrífero, tem uma população de 49.203 (PI, 2015).



O município ocupa uma área de 541,93 km com taxa de crescimento estimada em 4,3% ao ano e com população predominantemente urbana. A cidade se desenvolve como pólo industrial, sendo a atividade mais importante o extrativismo mineral (MOURA, 2007).

O sistema de saúde municipal está classificado no Sistema Único de Saúde (SUS) como Gestão Plena de Atenção Básica (MOURA, 2007).

Trata-se de um município que possui seis centros de saúde com equipes de saúde da família, compostas por enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. O município trabalha com uma equipe de saúde volante que atende as unidades de saúde rurais. Além dos centros de saúde da família, o município possui outros dispositivos de atenção à saúde dos usuários, como os centros: municipal de reabilitação e fisioterapia, Viva

Vida, HiperDia, de especialidades odontológicas, de Atenção Psicossocial (CAPS) I Adulto e CAPS Infantil, além de um hospital filantrópico com atendimento aos usuários do SUS, uma policlínica e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) tipo 1.

OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram os profissionais de saúde de cinco equipes da ESF (médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, para garantir o postulado por Strauss e Corbin (2008, p.34) que afirmam que “a transformação de uma ideia em teoria exige que a ideia seja explorada completamente e considerada de muitos ângulos ou perspectivas diferentes”.

O quantitativo de participantes, quando o referencial é a TFD, é determinado de acordo com a saturação teórica dos dados, que significa dizer que nenhum dado surja em relação a uma categoria, que esteja bem desenvolvida em termos de propriedades (características gerais que definem e significam uma categoria) e dimensões (como as categorias variam dimensionalmente ao longo das propriedades), e as relações entre as categorias estejam bem estabelecidas (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Strauss e Corbin (2008, p. 205) afirmam que “o pesquisador precisa coletar dados até que todas as categorias estejam saturadas, caso contrário a teoria será construída de forma irregular e não terá densidade e precisão”.

Nessa perspectiva, Charmaz (2009, p.157) afirma que “as categorias estão saturadas quando a coleta de dados não mais desperta novos insights teóricos, nem revela propriedades novas dessas categorias teóricas centrais”. Assim, a saturação teórica deste estudo ocorreu após a realização de entrevistas com 20 participantes.

Como critérios de inclusão dos profissionais de saúde adotaram os seguintes: estarem inseridos em uma equipe de ESF, aceitarem participar voluntariamente da pesquisa e estar na unidade no dia agendado para a coleta de dados.

Dessa forma, no período de julho a setembro de 2015, foram realizados agendamentos com as gerentes de cada unidade de saúde para a coleta de dados, bem como marcações nas agendas dos profissionais que aceitaram participar do estudo.

Segundo Charmaz (2009, p.143) “a amostragem teórica implica, em primeiro lugar, em obter os dados, construir ideias provisórias sobre os dados e, então, analisar essas ideias por meio de uma nova investigação empírica”. Dessa forma, após cada coleta, os dados devem ser analisados, minuciosamente, para que novos questionamentos surjam e direcionem

a realização de nova entrevista. Esse processo conduzirá o pesquisador, no campo, em busca de dados que viabilizem a saturação teórica (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Para Charmaz (2009, p.153) “a amostragem teórica se concentra na nova coleta de dados para refinar as categorias-chave de sua pesquisa. Você pode então definir essas categorias de uma forma bastante explícita e identificar as propriedades e os parâmetros dessas categorias”.

Assim, para constituição de amostragem teórica deste estudo, foram entrevistados profissionais em mais de um centro de saúde do município, de equipes de saúde da família diversificadas. A diversificação entre as unidades e as equipes foi fundamental para a variação das significações referentes ao fenômeno estudado, possibilitando esclarecimentos, especificações e consistência para a teoria desenvolvida.

A TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS

A técnica de coleta de dados proposta para a abordagem qualitativa deste estudo foi a realização de entrevistas, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas. Para início do estudo foram realizadas duas perguntas aos profissionais de saúde: O que você entende por necessidades de saúde? Como o serviço responde as necessidades de saúde? Na medida em que foi sendo necessário, novas questões foram sendo acrescentadas no decorrer do trabalho de campo e análise dos dados, em busca da saturação teórica.

As respostas a essas perguntas desde a primeira entrevista foram analisadas, logo após a sua realização, antes de outro participante ser entrevistado, pois os códigos que surgiram foram a base e o guia para a coleta de dados adicionais, sempre possibilitando o surgimento de questionamentos, respostas e conceitos, mantendo o processo de coleta de dados aberto a todas as possibilidades (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Segundo Charmaz (2009, p.69) “codificar significa categorizar segmentos de dados com uma denominação concisa que, simultaneamente, resume e representa cada parte dos dados”. Assim, por meio dos códigos é possível selecionar os dados para que possam ser interpretados analiticamente pelo investigador.

Para a mesma autora (2009, p.78) “por meio da codificação de cada linha dos dados, você consegue obter *insights* sobre qual o tipo de dados deve coletar a seguir. Dessa forma, você refina os dados e direciona a investigação posterior no início da coleta de dados”.

Assim, a análise constante e o processo de comparação possibilitaram a elucidação de questionamentos iniciais e o surgimento de novas perguntas que foram feitas ao

participante posterior. Dessa forma, a coleta de dados é dinâmica e os questionamentos necessários a cada nova análise foram sendo incorporados ao questionário de pesquisa.

Os dados foram coletados até a saturação teórica, ou seja, nenhuma informação nova relacionada a uma categoria surgiu, as propriedades e dimensões das categorias desta teoria estavam bem delineadas e desenvolvidas, além de uma relação bem estabelecida entre as categorias encontradas no estudo (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Dessa forma, quando os dados das últimas entrevistas foram analisados, foi constatado que as categorias encontradas estavam bem formuladas, não surgindo novos questionamentos sobre os conceitos, estando a categoria central definida e relacionada teoricamente com as demais categorias que a compõe, caracterizando assim, saturação teórica deste estudo. Assim, foi encerrada a coleta de dados, não sendo necessário entrevistar todos os profissionais de saúde da ESF do município.

Para a realização da coleta de dados foi realizado agendamento prévio com a unidade de saúde e na agenda dos profissionais, por meio de contato telefônico com a gerente, que reservou local privado e adequado para a realização das entrevistas.

Também foi realizada pela pesquisadora observação do momento da entrevista para a construção do memorando, que são registros feitos pelo pesquisador tanto de suas impressões como de suas reflexões quanto à entrevista realizada. Consistem, portanto, nos registros dos pensamentos, das interpretações, das questões e direções do pesquisador guiando a coleta adicional de dados. Além disso, estes documentos armazenam informações e permitem o uso da criatividade do analista, pois uma ideia sempre incentiva o surgimento de outra, que serão fundamentais para o desenvolvimento da teoria (CASSIANE,1996; STRAUSS, CORBIN, 2008).

A ANÁLISE DOS DADOS

No processo de análise dos dados, segundo Dantas et al (2009, p.143) “em todas as etapas, se deve exercitar/realizar pensamento crítico-reflexivo, no qual a subjetividade deve fluir em todos os momentos, a fim de descobrir as pontes de ligação entre as diversas categorias”.

Assim, a subjetividade e a interpretação do pesquisador permeiam todas as etapas da análise dos dados qualitativos, sendo a criatividade e o desenvolvimento de pensamento crítico-reflexivo fundamentais para o emprego da TFD (DANTAS et al 2009).

Para Strauss e Corbin (2008, p.65) a análise dos dados “(...) não é um processo estruturado, estático ou rígido. Ao contrário, é um processo de fluxo livre e criativo, no qual os analistas se movem rapidamente para frente e para trás entre os tipos de codificação, (...) usando técnicas e procedimentos analíticos livremente”.

Os dados foram analisados por meio do processo de codificação, que para Charmaz (2009, p. 70), representa “o elo fundamental entre a coleta dos dados e o desenvolvimento de uma teoria emergente para explicar esses dados. Pela codificação você define o que ocorre nos dados”.

Esse processo é realizado em três etapas: Codificação Aberta dos dados, Codificação axial e a Codificação Seletiva (STRAUSS, CORBIN, 2008; DANTAS et al 2009).

A explanação das três etapas, separadamente, de forma linear, com seus procedimentos e técnicas, tem a finalidade de melhor explicar o método analítico utilizado, pois segundo Strauss e Corbin (2008, p.78) “é a capacidade de reuni-las de maneira flexível e criativa por meio da microanálise que permite ao analista ficar acima do lugar comum e desenvolver uma teoria realmente inovadora, mas embasada”.

Codificação Aberta

Na codificação aberta é realizada uma leitura intensa de cada entrevista, permitindo uma codificação preliminar por meio de um exame minucioso dos dados, linha por linha, na qual cada unidade de análise foi nomeada com uma palavra ou sentença exprimindo o significado desta para o investigador. Essa codificação pode acontecer em qualquer momento da análise dos dados, mas é muito importante nas análises iniciais (STRAUSS, CORBIN, 2008)

Strauss e Corbin (2008, p. 104) afirmam que nessa codificação “os dados são separados em partes distintas, rigorosamente examinados e comparados em busca de similaridade e de diferenças”; tal procedimento é necessário “para revelar, nomear e desenvolver conceitos, devemos abrir o texto e expor pensamentos, ideias e significados que ele contém”.

Assim, essa “abertura” do texto permite o descobrimento de códigos conceituais, que são agrupados de acordo com suas similaridades, possibilitando a representação dos fenômenos por meio de um conceito, que é denominado de categoria. Essa é uma categorização inicial, uma vez que o aprofundamento do processo de categorização ocorrerá na fase de codificação axial, onde suas características significativas principais serão melhor

desenvolvidas, bem como as relações entre as categorias construídas no estudo (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Para Strauss e Corbin (2008, p.65) o processo de codificação não é sequencial, uma vez que “uma pessoa não para de codificar propriedades e dimensões enquanto desenvolve relações entre conceitos. As duas ações ocorrem juntas” assim, esse processo de análise é fluido, dinâmico, possibilitando que o investigador volte nos dados analisados, no processo de codificação aberta, em busca de densidade teórica.

O processo de Codificação aberta está exemplificado no Quadro 01 que segue:

Quadro 01 – Exemplo de Codificação Aberta

ENTREVISTA 06	CODIFICAÇÃO LINHA A LINHA	CODIFICAÇÃO ABERTA
<p>Você disse envolve vários aspectos da vida, que aspectos são esses? Eu quis dizer isso mesmo, do físico mesmo, eu digo a saúde é do corpo mesmo, você vê. As doenças mesmo, tanto as evitáveis, como as já existentes.</p>	<p>Físico mesmo, eu digo a saúde é do corpo mesmo você vê.</p>	<p>Relaciona necessidade ao orgânico – possível visualizar</p>
	<p>As doenças mesmo, tanto as evitáveis, como as já existentes.</p>	<p>Enfoque clínico das necessidades</p>

Codificação Axial

No segundo momento é feita a codificação axial, na qual são melhores desenvolvidas as características gerais (propriedades) e variações (dimensões) das categorias encontradas na codificação aberta, bem como poderão surgir novas categorias e suas subcategorias. Esse momento está exemplificado no Quadro 02.

Strauss e Corbin (2008, p.85) afirmam que “comparações nos níveis de propriedade e de dimensão garantem às pessoas uma forma de conhecer ou de entender o mundo ao seu redor”.

As categorias são os fenômenos, os fatos importantes que emergem do discurso dos sujeitos, já as subcategorias são questões acerca dos fenômenos que proporcionam um “maior poder explanatório ao conceito” (STRAUSS, CORBIN, 2008, p.125).

Para Strauss e Corbin (2008, p. 124) “na codificação axial, as categorias são relacionadas às suas subcategorias para gerar explicações mais precisas e completas sobre os fenômenos”, ou seja, nessa fase os dados são reunidos “nos níveis de propriedades e dimensões, formando categorias densas, bem desenvolvidas e relacionadas”.

Segundo Charmaz (2009, p. 94) “ a codificação axial auxilia a esclarecer e a ampliar a capacidade analítica das suas ideias emergentes”.

Quadro 02 – Exemplo de Codificação Axial

CÓDIGOS	VARIAÇÃO	RELAÇÃO COM A CATEGORIA
Condições Orgânicas	Estão relacionadas ao bem-estar físico, as condições crônicas, a agudização de patologias e a manutenção da condição orgânica do corpo.	Explica a relação da visibilidade das condições orgânicas do corpo com a identificação desta condição como uma necessidade do sujeito.

Codificação axial 1 = associação de códigos a Categoria Emergentes
 Categoria Emergente: Necessidades Visíveis

Codificação Seletiva

No terceiro momento de análise é realizada a codificação seletiva que tem por objetivo refinar e integrar as categorias construídas nos processos anteriores, desvelando uma categoria que se considere como central, permeando todas as demais, a qual consiste na teoria do estudo e que será delineada no próximo capítulo (STRAUSS, CORBIN, 2008; DANTAS et al 2009).

Para Strauss e Corbin (2008, p. 155), “refinar a teoria consiste em rever o esquema em busca de consistência interna e falhas na lógica, completando as categorias mal desenvolvidas e podando os excessos, e validar o esquema”.

Dessa forma, após a Codificação Seletiva, foram relacionadas e integradas conceitualmente as categorias “Necessidades Visíveis”, “Necessidades Invisíveis” e “Cuidado Integrado das Necessidades de Saúde na APS”, possibilitando a construção dessa teoria.

Memorando

Além das entrevistas, também foram analisados os memorandos, que são uma forma de registro referente à formulação da teoria e podem tomar as formas de notas teóricas e notas operacionais, além de variedades diversas destes tipos feitas por meio da observação e reflexões do pesquisador (CASSIANE,1996; STRAUSS, CORBIN, 2008).


Segundo Strauss e Corbin (2008), estas notas podem ser assim definidas:

- Notas de codificação são aquelas elaboradas no processo de codificação que apontam as possíveis categorias, origem e definição de suas propriedades e dimensões.
- Notas teóricas são escritas a partir das notas de codificação e englobam questionamentos referentes as codificações ampliando a análise das propriedades e dimensões

de uma categoria, possibilitando a amostragem teórica. Geralmente resultam em notas operacionais.

- Notas operacionais são relacionadas aos próximos passos que serão dados na coleta de dados, novos questionamentos que deverão ser feitos aos entrevistados subsequentes, ou seja, diversos direcionamentos para o processo de pesquisa.

Quadro 03 – Exemplo de Memorando

	<p><u>Memorando</u> Quem? Quando? Por quê? Onde? O quê? Como? Quanto?</p>
<p style="text-align: center;">07/07/2015 - Observação Entrevista 01: Enfermeiro</p> <p>Observo que na unidade são afixados telefones de usuários que oferecem seus serviços profissionais, como, por exemplo, de cuidadores. Durante a entrevista usuária solicita à gerente que “arrume” um emprego. A gerente reafirma a realização de contatos para que essa necessidade seja suprida. Emprego como necessidade de saúde?</p> <p>Nota da Pesquisadora: Estava me sentindo como o Pequeno Príncipe ao percorrer por planetas tão diversos dos seus e com questões tão incompreensíveis... Qual o sentido que as pessoas dão para o que fazem? Sentem? Buscam? Estou no caminho certo? Estou enxergando o que é essencial?</p>	

Quadro 04 – Exemplos de Nota Teórica e Nota Operacional:

<p>ENTREVISTA 09 – MÉDICO - NOTA TEÓRICA:</p>
<p>Médico nessa entrevista associa muito as necessidades a prevenção de doenças. Enfoque orgânico, mesmo não dizendo com essas palavras. Aborda a necessidade de remédios que muitas vezes os usuários manifestam de forma desnecessária. E que com o tempo consegue resolver essa situação. Associa a necessidade de saúde ao cuidado, o que também aparece nas entrevistas 02, 05 e 07.</p> <p>- O cuidado é uma necessidade de saúde? Ou permeia as necessidades de Saúde? O cuidado é uma necessidade do paciente? Quais as Necessidades são cuidadas nos serviços de saúde?</p>
<p>NOTA OPERACIONAL:</p>
<p>- Para a próxima entrevista incluir a seguinte questão: - O que é o cuidado para você? - Como o cuidado se relaciona as necessidades de saúde?</p>

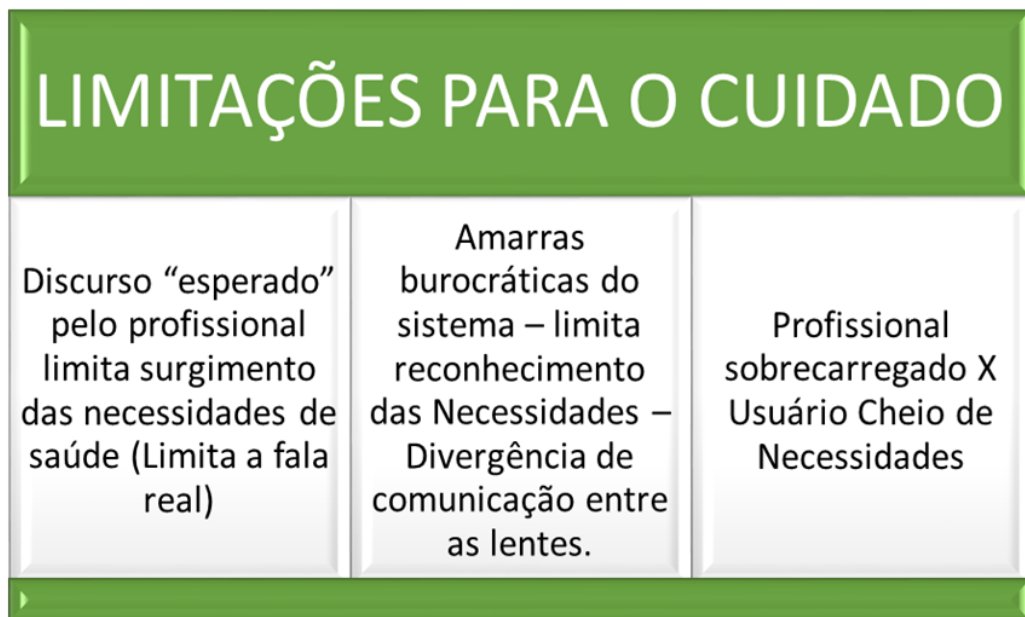
Diagramas

Além dos registros escritos também foram elaborados diagramas ao longo do processo de análise. Os diagramas são memorandos visuais fundamentais para a articulação e o esclarecimento das relações entre os conceitos, quando o referencial é a TFD (STRAUSS, CORBIN, 2008)

Para Charmaz (2009, p. 163), “os diagramas possibilitam que você perceba o poder relativo, o alcance e a direção das categorias em sua análise, bem como as conexões existentes entre elas”.

Assim, durante todo o processo de análise foram elaborados diagramas, sendo os primeiros apenas listagens, que foram evoluindo para os apresentados nesta dissertação, tal como demonstrado no Quadro 05, que segue:

Quadro 05 – Exemplo de Diagrama como listagem



Código in Vivo

Destaca-se que, no processo de análise dos dados, são realizadas conceituações, nas quais os dados recebem do analista uma titulação que os represente. Porém, essa titulação pode também ser retirada das palavras dos participantes do estudo, quando são chamadas de “código in vivo” (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Strauss e Corbin (2008, p.105) definem conceito como um “fenômeno rotulado”, afirmando que se trata de “(...) uma representação abstrata de um fato, de um objeto ou de uma ação/interação que um pesquisador identifica como importante nos dados”.

Para Charmaz (2009, p.84) “os códigos in vivo ajudam-nos a conservar os significados dos participantes, relativos às suas opiniões e atitudes na própria codificação, (...) servem como marcadores do discurso e dos significados dos participantes”. Assim, estes códigos são submetidos a análise e são inseridos na categoria analítica da qual fazem parte ou

servirão como nome para a própria categoria, quando se interligar teoricamente aos demais códigos que constituem a mesma.

Como exemplo, nesta teoria, o título da categoria “Necessidades Invisíveis” emergiu, por meio das palavras de um dos participantes desta pesquisa, abarcando um conjunto de significados durante a análise dos dados, podendo rotular um fenômeno.

ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo está vinculado ao Programa de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), assim após sua aprovação por câmara departamental foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) contemplando as normas técnicas que identificam uma pesquisa, assim como a identificação do pesquisador e orientador. Também foi feito contato dos pesquisadores com os responsáveis pela saúde no município, solicitando aceite formal para realização da pesquisa no âmbito dos serviços de saúde.

Além desta documentação, foram elaborados o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndices A) e o Termo de Autorização do Município (Apêndice B), conforme Resolução 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).

A coleta dos dados foi iniciada somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, sob o número de registro na Plataforma Brasil - CAAE 41899115.0.0000.5149.

Foi apresentado pelos pesquisadores o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi lido junto com os participantes da pesquisa e, caso fosse aceito, foi solicitado a assinarem o referido termo em duas vias, ficando o entrevistado com a posse de uma delas e a outra foi arquivada pela orientadora na EEUFMG. O TCLE informou sobre o estudo e a concordância dos entrevistados em colaborar voluntariamente.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes do estudo foram profissionais de saúde que trabalham na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Itabirito – MG. Para garantir maior variabilidade do fenômeno estudado foram entrevistadas quatro categorias profissionais de cinco unidades de saúde diferentes; tendo sido selecionados cinco profissionais de cada uma das seguintes categorias: Enfermeiros (Enf), Técnicos de Enfermagem (TE), Médicos (Med) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As siglas serão a forma adotada neste estudo para representar as falas dos profissionais pertencentes as categorias apresentadas, garantindo-se o anonimato dos mesmos.

Os profissionais de cada categoria profissional foram escolhidos entre as equipes aleatoriamente. Todos foram convidados para participar da pesquisa e foi avaliada a disponibilidade para participação no momento agendado com a gerente para a coleta de dados na unidade. O agendamento foi feito num primeiro momento com a gerente para que fosse disponibilizada sala reservada para a entrevista, considerando-se o horário de menor sobrecarga dos profissionais do serviço, possibilitando que fosse marcado na agenda dos mesmos o horário para a coleta dos dados.

As pessoas entrevistadas tiveram variação de idade entre 28 e 48 anos de idade, o que denota vivências e experiência em contextos diferentes, bem como do sistema de saúde brasileiro, o que diferencia a forma como a pessoa interpreta e vivencia o fenômeno estudado ao longo da vida.

Além da variação da idade, as experiências são influenciadas pelo tempo de formação que variou entre 2 e 30 anos. Considerando que a lei que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) data de 19 de setembro de 1990, os sujeitos que possuem entre 25 e 30 anos de formados vivenciaram a transição de modelo para a implantação do SUS. Nesse sentido, foi possível uma maior variação do fenômeno estudado; uma vez que o significado de necessidades de saúde assume construções diversificadas para profissionais que foram formados no momento histórico em que o SUS já estava instituído, daqueles que participaram da construção deste sistema.

Contribui ainda para maior variação do fenômeno estudado o tempo de atuação na atenção primária a saúde (APS), que variou entre 5 meses e 23 anos, pois infere-se que quanto

maior o tempo de atuação na APS maior seja a aproximação do profissional com as necessidades de saúde que surgem neste contexto.

No Quadro 06 está apresentado o perfil dos profissionais participantes do estudo:

QUADRO 06 – PERFIL PROFISSIONAIS PARTICIPANTES				
ENTRE-VISTA	CATEGORIA PROFISSIONAL	SEXO	TEMPO DE ATUAÇÃO NA APS	CURSO DE FORMAÇÃO/ CAPACITAÇÃO COM ENFOQUE EM PSF
E01	Enfermeiro	F	10 anos	Sim
E02	Técnico de Enfermagem	F	5 meses	Não
E03	ACS	F	2 anos e meio	Sim
E04	Médico	M	4 anos	Não
E05	Técnico de Enfermagem	F	5 anos	Não
E06	Médico	F	6 meses	Não
E07	ACS	F	3 anos	Sim
E08	Enfermeiro	F	7 anos	Sim
E09	Médico	M	1 ano e 6 meses	Não
E10	ACS	F	9 anos	Sim
E11	Técnico de Enfermagem	F	23 anos	Não
E12	Enfermeiro	F	3 anos	Sim
E13	Técnico de Enfermagem	F	1 ano	Não
E14	ACS	F	4 anos	Sim
E15	Médico	M	5 anos	Não
E16	Enfermeiro	M	4 anos	Sim
E17	Enfermeiro	M	1 ano e meio	Não
E18	ACS	F	8 anos	Sim
E19	Técnico de Enfermagem	F	7 anos	Sim
E20	Médico	F	2 anos	Sim

Fonte: Consolidação dos dados

CAPÍTULO V

APROXIMAÇÃO COM OS DADOS

Os dados coletados nas entrevistas foram submetidos à análise de acordo com a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

Após a realização de leituras comparativas entre uma entrevista e outra, questionamentos e reflexões foram fundamentais para que as codificações viabilizassem o processo de categorização, de forma que o aprofundamento nos dados revelasse a categoria central e fosse possível a presente teorização.

A apresentação destes resultados, inicia-se com a apresentação dos dados referentes as categorias encontradas, em sequência são apresentadas as conceituações de cada categoria e finaliza-se com a teorização por meio da categoria central.

PRIMEIRA CATEGORIA - A VISIBILIDADE DAS NECESSIDADES:

“A gente só conhece as coisas que cativa – disse a raposa. Os humanos não têm mais tempo para conhecer nada. Só compram coisas prontas dos comerciantes” (Antoine de Saint-Exupéry, 2015, p.67)

As necessidades visíveis relacionam-se diretamente com o significado de bem-estar atribuído pelos profissionais como uma ausência de doenças, sendo este a expressão de um enfoque conceitual biologicista construído pelo profissional, fruto tanto de sua formação como do cuidado prestado em sua atuação na ESF.

“No caso seria o bem-estar né, fisiológico, físico- motor do paciente, seria a sua assistência, no nosso caso com medicações e terapias para garantir esse bem-estar do paciente, eventuais patologias, basicamente, grosseiramente seria isso” (Med4)

“Quando a pessoa ela está doente precisando de ajuda né; assim precisando de cuidado, de atenção” (ACS7).

“Necessidades de saúde é quando pessoa está em bem-estar físico, vamos dizer assim vulgarmente a ausência de doenças né, caracterizada ela se eu tô com bem estar físico, social, familiar”. (Enf 12)

Dessa forma, a apresentação de sintomas que denotam urgência clínica e a verbalização de mal-estar, são critérios que denotam a “necessidade de ajuda” do usuário, aumentando as possibilidades de atendimento rápido, resolução pontual e atenção dispensada ao seu sofrimento. Assim, o acesso ao serviço de saúde é prioridade quando a necessidade é

visível, caracterizando uma demanda cada vez mais moldada pela presença ou ausência de doenças.

“Aquilo que no momento o paciente está buscando, pra mim é isso, necessidade de saúde, porque eu se não tiver com sede, eu não preciso de água, na hora que eu tô doente que eu quero que a saúde me atenda. Isso que eu acho necessidades de saúde” (ACS18).

Portanto, neste formato biologicista, o cuidado longitudinal para a promoção da qualidade de vida permanece como um desafio para a ESF, uma vez que as necessidades de saúde são consideradas como necessidades relativas a doença.

“Não que não seja doença, é um tratamento dentário, vacina, outras coisas que têm que a pessoa tem que vir mas que não está doente por causa disso que ela veio ela está bem só está mantendo a saúde dela” (ACS07).

Assim, as necessidades visíveis são associadas às **“condições orgânicas”** do corpo, que variam dimensionalmente de acordo ao bem-estar físico do indivíduo, as condições clínicas crônicas, a agudização de patologias e medidas de prevenção de doenças evitáveis, tais como aplicação de vacinas, participação em grupos operativos, programas como os de atividades físicas na comunidade, dentre outros.

Esse enfoque clínico gera nas unidades de saúde uma carência de consultas especializadas e procedimentos terapêuticos que demandam gastos para o município com vistas a suprir as necessidades de saúde visíveis.

“Olha em relação a doença, exames, consultas, consultas especializadas, recursos para conseguir que às vezes não são conseguidos pela Unimed são conseguidos aqui, é oftalmologista, bons médicos viu, acho excelente os oftalmologistas daqui. Então realmente a prefeitura de Itabirito tá suprindo o povo nas necessidades referentes a exames e as consultas especializadas” (ACS 03).

A **“orientação de busca”** ao serviço de saúde funciona como uma engrenagem que direciona a geração da demanda por meio da classificação baseada em critérios de urgência clínica. Portanto, associa-se a ESF como o lugar onde o cuidado é oferecido quando há presença de sintomas sugestivos de doenças.

“Eu acho assim a partir do momento que a pessoa tem uma queixa ela tem a necessidade de buscar o serviço de saúde, sabe de procurar né, igual uma dor” (TE5).

Essa perspectiva de orientação desvela os significados atribuídos pelos profissionais às queixas trazidas pelos usuários aos serviços de saúde, o que denota uma prática

reducionista de cuidado das necessidades de saúde, ainda focadas na doença. Assim, as demandas reveladas são de assistência terapêutica clínica, que requerem, do profissional que cuida, condutas pautadas nos conhecimentos científicos relativos ao funcionamento do corpo, bem como nos protocolos clínicos da atenção básica.

Nesse sentido, a classificação das carências realizada pelos profissionais em urgentes e não urgentes, pode facilitar ou dificultar o acesso dos usuários ao cuidado.

A necessidade visível, portanto, abre as portas da ESF para o usuário, o que contribui para perpetuar um sistema de saúde baseado na lógica biologicista de atenção à saúde, pois a busca por atenção é priorizada quando possui causas orgânicas como fundamentação.

Dessa forma, ganha força, neste contexto, terapêuticas clínicas com enfoque nas doenças, sejam elas crônicas degenerativas, transmissíveis ou patologias agudizadas; o que potencializando o consumo de exames diagnósticos em larga escala, bem como a medicalização dos mais diversos sofrimentos da vida.

Após análise dos dados representados, surge a categoria “Necessidades Visíveis”, representada no diagrama I, com suas propriedades e dimensões:

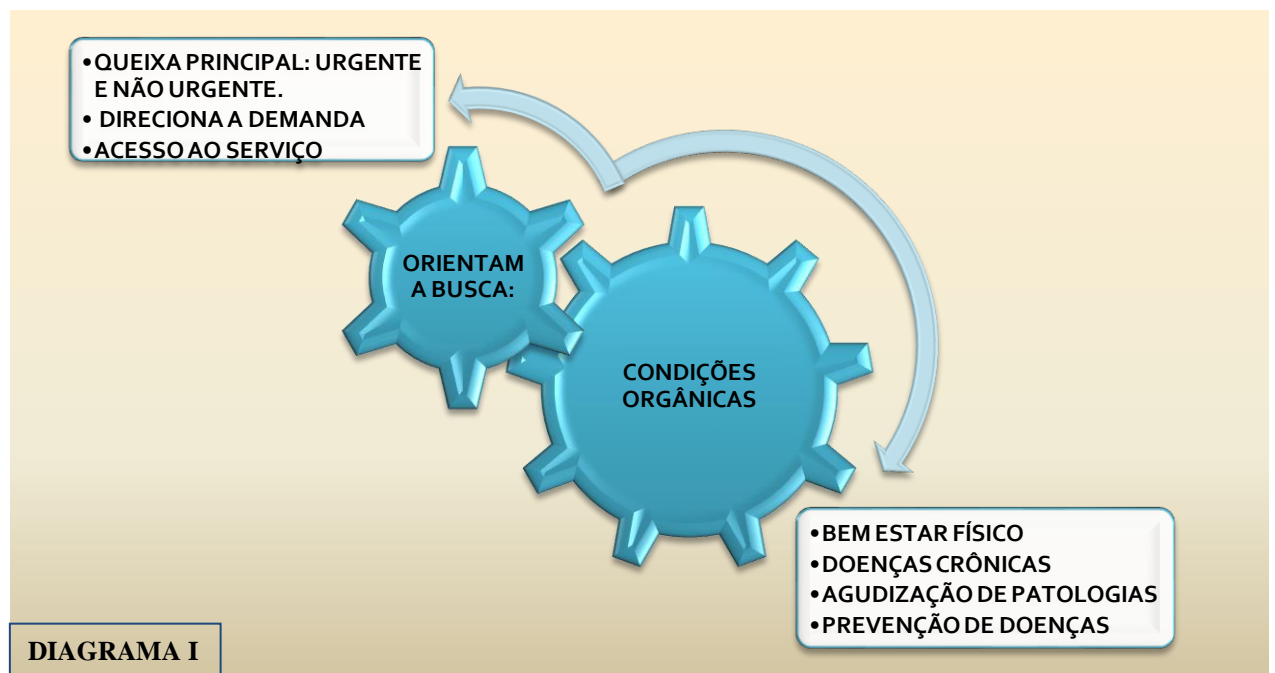


Figura 1: Diagrama I – Relação entre as propriedades e dimensões da categoria “Necessidades Visíveis”.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Dessa forma, nesta teoria, a primeira categoria denominada “Necessidades Visíveis” pode ser definida pelo **conceito**: As necessidades visíveis são representadas pelas condições orgânicas do corpo aquelas que orientam a busca inicial do indivíduo pelos serviços de saúde. São assim chamadas por serem reconhecidas como carências que necessitam de atenção

prioritária no contexto da APS, sendo sempre vistas e supridas nos serviços de saúde que compõe a rede de atenção.

Assim, essa categoria e suas propriedades fundamentais estão representadas no diagrama II, que segue:

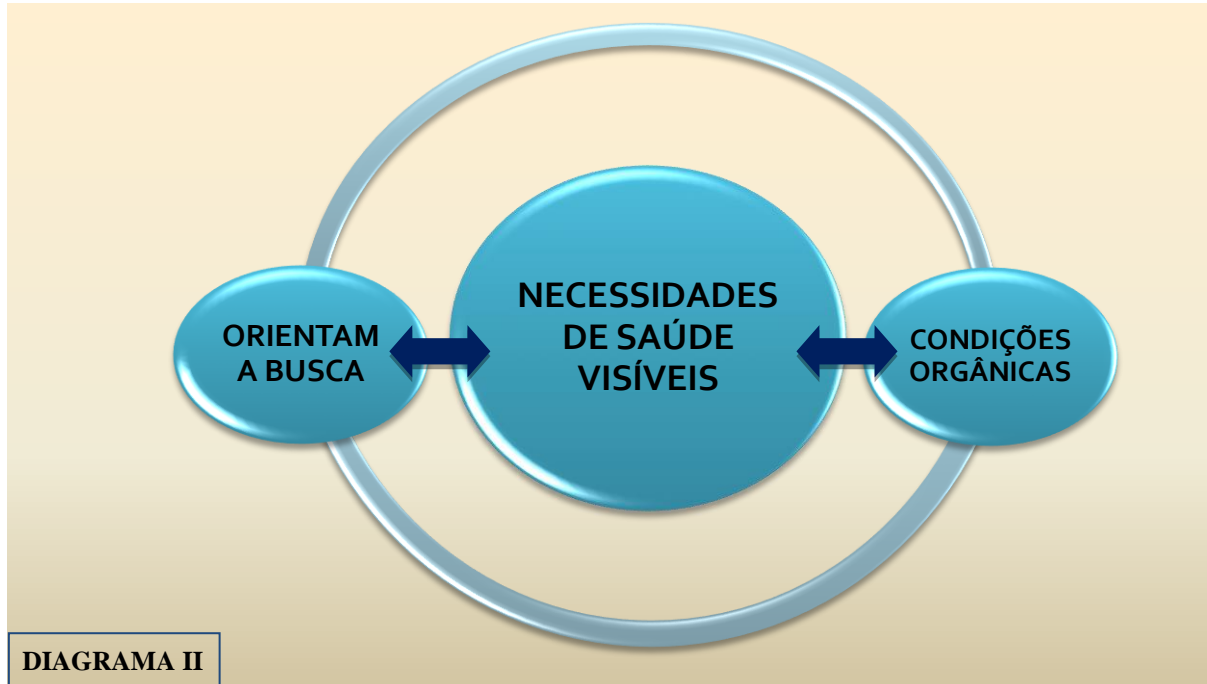


DIAGRAMA II

Figura 2: Diagrama II – 1ª Categoria: “Necessidades Visíveis”.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

No processo de construção dessa teoria, conceituando Necessidades de Saúde, soma-se a categoria “Necessidades Visíveis”, a categoria “Necessidades Invisíveis”, discutida a seguir:

SEGUNDA CATEGORIA - A INVISIBILIDADE DAS NECESSIDADES NOS DADOS:

“O melhor ainda não foi dito. O melhor está nas entrelinhas... está no olhar, e no sorriso sagrado de cada um!” (Clarice Lispector)

Os dados mostram que o cuidado por meio da consulta detém-se apenas em uma faceta da necessidade, isto porque estas se apresentam de forma diferenciada quando o profissional adentra ao espaço onde a pessoa vive, quando são observadas as peculiaridades das relações estabelecidas no cotidiano, sendo consideradas a subjetividade de cada pessoa no lidar com uma necessidade de saúde.

“Traz tranquilidade para o paciente, que às vezes a gente tá ciente dentro da sala, mas o convívio dele, a situação dele é outra, o paciente não consegue tomar medicação, tem dificuldade de locomover, tem dificuldade de pegar a

medicação, tem dificuldade de saber administrar uma medicação, outros problemas visuais” (Méd.09)

Dessa forma, uma das maneiras de tornar as “Necessidades Invisíveis” em “Necessidades Visíveis” é estar na casa das pessoas, compreendendo sua constituição, a dinâmica de relações, os modos de viver e ser das pessoas que constituem a família.

“Ah eu acho que às vezes varia, tipo às vezes um problema pra duas famílias pode ser visto de formas diferentes, entendeu? Às vezes duas famílias tão com aquele mesmo problema, mas dependendo do meio educacional, meio social, pode dá uma reviravolta. É às vezes tem família que eu não sei se por saber mais ou não, não sei se é porque gostam de ter mais amor, não sei, mas podem abraçar aquilo de forma diferente. Nós somos muito diferentes. ” (ACS.10)

“O que que vêm por trás, suas aflições, seus sentimentos também. Isso tudo interfere né. Como ele enxerga seu próprio problema. Não vou falar só doença né, mas também tem problemas em si “ (Med.15).

Nesta perspectiva, ouvir de forma ativa as necessidades dos usuários possibilita, à equipe interdisciplinar, a efetivação da assistência integral a saúde e potencializa as intervenções dirigidas aos problemas trazidos pelos usuários na atenção primária a saúde, para além das necessidades orgânicas.

“A gente só de olhar para o paciente a gente vê que ele ta com problema, é assim, problema invisível, a gente sabe que ele ta com problema, então a gente vai começar a abordar esse paciente melhor, a gente só consegue observar isso, com o decorrer do dia, do vínculo mesmo, de amizade que a gente tem, no semblante do paciente que a gente consegue enxergar isso” (Enf17).

“É o paciente é um todo né, ele não é só o corpo dele, o que acontece externo a ele, afeta ele, por exemplo uma briga familiar a pessoa precisa de um acompanhamento psicológico, não é só causa orgânica não, nunca. O paciente precisa de um acompanhamento como um todo né, é o convívio nosso com o mundo” (ACS18).

Esses dados remetem-nos a relevância de um olhar cuidadoso do profissional que considere a complexidade de circunstâncias que cercam a pessoa “em seu convívio com o mundo”.

Nesse convívio, as relações assumem lugar de destaque, seja nos contextos familiares, nos círculos sociais, e, principalmente, nas unidades de saúde.

As necessidades invisíveis são caracterizadas por sua subjetividade, uma vez que o sentido atribuído ao que o indivíduo necessita é dado por meio das relações que este estabelece com o meio em que vive.

As necessidades invisíveis são dinâmicas, variam ao longo da vida, mudando conforme a escolaridade e capacidade de apreensão e expressão do sujeito, bem como conforme o gênero.

Tais necessidades são expressas em contextos diversos indo para além do corpo do sujeito que chega ao serviço de saúde. Muitas vezes, suas necessidades denotam a existência de conflitos familiares, sociais, culturais e econômicos que assumem significados diversos para a saúde do sujeito; variando conforme o indivíduo se insere nesses contextos. Desta forma, é impossível o alcance da integralidade nos serviços de atenção à saúde, quando não são considerados os elementos constitutivos da pessoa enquanto ser humano inserido em um espaço social, com seus valores, conflitos, relações, formas diferenciadas de ser e consequentemente de adoecer.

Mesmo a APS sendo a principal porta de entrada das famílias ao serviço de saúde, as necessidades relacionadas ao contexto, dinâmicas e subjetivas permanecem na invisibilidade por não serem parte dos serviços que ainda são orientados pela cura, reabilitação e prevenção de doenças do indivíduo orgânico. Nesse sentido, para que as necessidades invisíveis saiam da invisibilidade, faz-se necessário refletir acerca das práticas de cuidado na APS.



Figura 3: Diagrama III – Relação entre as propriedades e dimensões da categoria “Necessidades Invisíveis”.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Dessa forma, nesta teoria, a primeira categoria denominada “Necessidades Invisíveis” (código in vivo) pode ser definida pelo **conceito**: As necessidades invisíveis são aquelas que não correspondem à queixa principal do indivíduo quando este chega ao serviço de saúde, pois “estão por trás” da queixa orgânica que orienta a busca a unidade de saúde. Não se reduzem ao organismo biológico do indivíduo, pois estão relacionadas ao contexto familiar, social, cultural, econômico e simbólico do sujeito. Não podem ser “generalizadas”, pois são únicas da pessoa que vivencia, na família em que vive. São dinâmicas ao longo da vida, sendo relacionadas ao gênero, ao grau de instrução, a idade do indivíduo.

Assim esta categoria com suas propriedades fundamentais foi representada pelo diagrama IV, que segue:



Figura 4: Diagrama IV – 2ª Categoria: “Necessidades Invisíveis”.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Além das duas categorias discutidas anteriormente, a presente teoria também se constitui da categoria “O cuidado integrado das necessidades de saúde na APS”, que permeia tanto as “Necessidades Visíveis” quanto as “Necessidades Invisíveis” sendo apresentada a seguir:

TERCEIRA CATEGORIA - O CUIDADO INTEGRADO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE NA APS:

“(...) O que significa “cativar”? – É uma coisa muito esquecida – disse a raposa. –Significa “criar laços”. (...) se você me cativar, precisaremos um do outro. Para mim, você será único no mundo. Para você, serei única no mundo”. (Antoine de Saint-Exupéry, 2015, p.66)

Na atenção primária a saúde (APS) o cuidado integrado tanto das necessidades de saúde visíveis como invisíveis busca o equilíbrio do indivíduo com os âmbitos social, econômico, emocional e biológico ao longo de sua vida. Dessa forma, mesmo estando em equilíbrio, o indivíduo continua a buscar o cuidado na APS para a manutenção deste seu estado de saúde.

O cuidado integrado possui tanto pontes que levem ao descobrimento/ suprimento das necessidades, possibilitando que sejam cuidadas, quanto entraves a sua realização no cotidiano dos serviços. Ambos expressos nas subcategorias representadas no diagrama V, que segue:



DIAGRAMA V

Figura 5: Diagrama V – 3ª Categoria: “O cuidado integrado das necessidades na APS”.
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A seguir serão discutidos os dados e apresentada a definição de cada subcategoria que compõe a categoria “O cuidado Integrado das Necessidades na APS”:

1ª Subcategoria - O descobrimento/suprimento das necessidades nos dados:

A ação de ouvir atentamente o usuário, procurando estabelecer um diálogo pautado em confiança, faz-se primordial, já que, por vezes essa ação caracteriza concomitantemente descobrimento e suprimento das necessidades que o usuário leva consigo para o serviço de saúde. Muitas vezes sua necessidade invisível é de alguém que ouça suas angústias, dê atenção aos seus medos, dê vazão as suas preocupações. Porém, essas necessidades, não são prioridades do sistema que garante espaço apenas para as condições que orbitam a situação de adoecimento.

Dessa forma, faz-se relevante a valorização do momento no qual o diálogo acontece, pois permite a abordagem de toda a complexidade das necessidades de saúde dos indivíduos, indo para além da capacidade de diagnosticar doenças e preveni-las, antes possível, por meio desse cuidado, que valoriza a escuta como fundamental e faz com que as vozes abafadas sejam ouvidas nos serviços de saúde. Abrindo-se, então, caminhos para que o usuário traduza de forma fidedigna, pelas mais diversas linguagens, suas necessidades de saúde.

“Se a gente souber sempre saber ouvir quais são as necessidades, porque recursos a gente tem, a gente tem suporte, tem recursos materiais, então é só saber ouvir o que o paciente quer realmente e tentar dar um direcionamento”
(TE - 02)

“No meu trabalho, é, tentar buscar é, essas duas questões, tanto a física como a mental, mesmo daqueles pacientes que não chegam com a queixa direta, eu penso nisso, todo paciente que entra eu penso nisso. Às vezes ele tá queixando de uma dor, e tem outros fatores que envolve aquela dor, então eu tento buscar isso, eu acho que interfere nisso, às vezes, a necessidade do paciente não está tão explícita pra ele. Então, eu acho que interfere dessa forma, às vezes o paciente chega com uma dor, com uma queixa que ele acha que é uma queixa simples, um cefaléia, ele não entende que aquilo pode ter coisas por trás, então é eu tentar buscar o que tem por trás de cada queixa do paciente. Mesmo que ele não enxergue que é uma necessidade, mesmo que ele venha trazer diretamente aquela dor. Entendeu? Existe algumas queixas que ele nunca vai trazer, mas a gente sabe que a gente precisa buscar” (Med - 06).

A busca do profissional das “queixas que ele nunca vai trazer” demonstra a relevância do encontro entre usuário e profissional. O vínculo aparece como ponte primordial para que as necessidades de saúde sejam ouvidas, descobertas e supridas. Como ponte para que as necessidades de saúde saiam da invisibilidade, é fundamental para que as ações de cuidado sejam efetivas, pois, somente por meio do vínculo, o olhar profissional pode ir para além do corpo físico do usuário

Desta forma, o cuidado torna-se mais efetivo quando no encontro há espaço para o conhecimento, o entendimento, o diálogo com escuta ativa, a valorização do outro como pessoa e não como ser doente.

“O cuidado eu vejo como se importar, importar com o outro. Então assim, muitas vezes o paciente vem aqui, num sabe nem o que quer direito, por quê que veio, então a gente ter um olhar diferenciado, olhar acolhedor, olhar de assim oh vamo pensar junto, o que ele precisa, quê que é importante, o quê pode ajudar e ai a gente vai direcionando o cuidado pra ele” (Enf -08)

“Conhecer, conhecer e começar rastrear, ir pra um lado e para o outro, guiar um pouco o paciente né. Você enxerga o paciente como um todo, mas a gente vai focando a partir das necessidades dele”. (Méd - 09)

Na perspectiva de enxergar o paciente como um todo, surge nos dados a importância de onde o encontro entre profissional e sujeito ocorre, com indicação de que os espaços para além dos muros da ESF são fundamentais para que as necessidades de saúde invisíveis se tornem necessidades cuidáveis no âmbito do SUS.

“ Não eu tô indo, tô participando de caminhada, tô participando do Mexa-se, nossa ali eu fico longe de todos os problemas, tem outras coisas que o município oferece que não fica só concentrado em médico, unidade e médico e medicamentos. Tem os medicamentos né, mas tem outros ofícios que vão trazer o bem estar pra pessoa (ACS -10)

“A visita domiciliar? De profunda importância, porque a gente vai tá indo ali, vendo a realidade não só daquele paciente né, a gente vai visitar a Dona Maria, aí moram mais cinco pessoas junto com ela, então de repente alguma situação ligada à Dona Maria que pode ser a causadora de algum morador ali dentro. Então a gente tem que ter esse, é um olho no gato outro no peixe” (Enf -16)

Percebe-se a valorização da visita domiciliar como uma aproximação real das necessidades de saúde do indivíduo, considerando sua subjetividade, sua família, seu contexto sócio-econômico-cultural como significantes para o cuidado. Além disso, a visita domiciliar contribui para o fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais de saúde.

“Eu acho que isso é o nosso papel de agente de saúde, o acolhimento, vou te falar o nosso papel que a gente observa, o acolhimento, o diálogo, trazer o problema pra equipe, nosso suprir aí é esses três pontos, no momento que a gente trás o problema pra equipe, a gente tenta solucionar o problema do paciente (...)” (ACS-18)

“Acolhimento qualquer um pode fazer né, desde o momento que chegou lá, qualquer um de nós, não só os enfermeiros, os técnicos, que trabalham na administração também, desde o momento que a pessoa chega, fazer escuta

do que que a pessoa tá precisando né, é o acolhimento né, receber a pessoa bem, primeiro momento né, começa lá do vigia. ” (TE-19)

Além da visita domiciliar e do acolhimento, a intersetorialidade emerge como uma propriedade fundamental para que as necessidades de saúde sejam enxergadas e supridas de forma integral. Os dados, que seguem, denotam os limites de atuação dos profissionais nos serviços de saúde e a relevância da articulação intersetorial para o cuidado em todas as fases de vida do indivíduo.

“Tem outras coisas que o município oferece que não fica só concentrado em médico, unidade de saúde e medicamentos. Mas tem outros ofícios que vão trazer o bem-estar pra pessoa” (E10)

“Eu acho que o profissional tem seu limite, muitas vezes você não consegue. Às vezes o que a pessoa precisa não é só da medicação, dos exames, e eu acho que você tem suas limitações, precisa de coisas que não estão ao seu alcance” (E13)

“A parte mental, o social, que às vezes como você pode tá bem, mas se seu filho ‘mãe me dá um pão’, ‘ah não tenho dinheiro, seu pai tá desempregado’, nessa crise que a gente tá vivendo agora. Então, a gente tá vendo muito isso. Lá mesmo, uma família que tava em situação de risco, aí a gente teve que passar, acionar a assistente social da unidade, pra entrar com o CREAS, pra ver se conseguia um emprego pra essa família porque só dá a cesta básica não vai resolver né, eles vão ter ali a comida deles ali, mas e a outra parte, de repente a criança tá sem estudar, então a gente vê essa questão toda” (E16)

Assim, o descobrimento/suprimento das necessidades de saúde está relacionado tanto a uma postura profissional como a estratégias de estabelecimento de “pontes” para que o cuidado integrado ocorra. Estas pontes são descritas nas propriedades desta subcategoria, definidas a seguir.

Esta subcategoria pode ser **conceituada** tanto por descobrimento como por suprimento das necessidades uma vez que estas são ações de cuidar as quais podem acontecer concomitantemente, não sendo possível neste estudo dissociar o descobrir do suprir. Por vezes, o que o usuário precisa é que sua necessidade invisível se torne uma necessidade cuidável para que alcance e mantenha uma saúde em equilíbrio. O descobrimento/suprimento das necessidades de saúde está relacionado a constante necessidade de cuidado, em busca de equilíbrio que os indivíduos sentem ao longo de sua existência.

Dessa forma, está representado no diagrama VI, que segue, propriedades fundamentais para que esse descobrimento/suprimento ocorra.



Figura 6: Diagrama VI – Definição da 1ª subcategoria: “Descobrimiento/suprimento das necessidades de saúde”.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

As necessidades dos sujeitos são descobertas ao longo do estabelecimento de vínculo entre a equipe multiprofissional e usuários, sendo necessário que os profissionais “saibam ouvir” as queixas dos usuários e “busquem o que tem por trás” da queixa que leva o sujeito ao serviço de saúde.

Para tanto o acolhimento, tanto o instituído no serviço, como o realizado em todo encontro entre usuário e profissional, precisa funcionar como um “radar” capaz de detectar toda e qualquer necessidade de saúde do usuário.

O “acolhimento radar” vai para além daquele que está instituído na rotina das unidades de saúde. Este aparece nos dados como uma forma de “abraçar” o sujeito e tudo que vem junto dele. Portanto, precisa ser realizado por todos os profissionais que trabalham em uma unidade de saúde, o que facilita a criação do vínculo entre a unidade e o usuário. Um “acolhimento radar” caracteriza o descobrimiento/suprimento das necessidades de saúde dos sujeitos por não ser seletivo, já que segundo os dados um radar precisa ser capaz de captar tudo. Nesse sentido, tanto as necessidades visíveis quanto as invisíveis podem ser descobertas pelos profissionais do serviço, dialogadas com o usuário e assim serem cuidadas no âmbito da saúde da família. Para serem cuidadas é preciso compreender que tais necessidades envolvem o contexto onde o sujeito vive, as pessoas com quem reside, a comunidade que frequenta, a microárea do qual sua casa faz parte.

Destaca-se como parte de uma “equipe de saúde acolhedora” o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como a principal ligação entre a realidade das necessidades de saúde vivenciadas pelo indivíduo em seu contexto sócio familiar e o serviço, sendo, portanto, o “agente do descobrimento” dessas necessidades. Nesse sentido, o ACS é um profissional essencial para que ao longo da vida do usuário suas necessidades de saúde emergjam da invisibilidade, para que possam ser cuidadas pelo serviço de saúde. Para tanto, fica evidente nos dados que suas ações não podem se limitar ao “correio” de entregas de documentações pertinentes ao serviço, mas a análise permite ressaltar este profissional como um “porta voz” tanto a voz da equipe de saúde, como a voz do usuário que necessita ser cuidado.

Além disso, o cuidado ao longo da vida do indivíduo favorece o descobrimento/suprimento das necessidades de saúde que são dinâmicas ao longo da existência. Dessa forma, para serem supridas, por vezes, faz-se necessário uma capacidade de trabalho intersetorial que viabilize o suprimento de necessidades que, sozinha, a unidade de saúde não comporta, como por exemplo, as necessidades socioeconômicas, espirituais, afetivas, tanto do usuário como de seus familiares.

Considerando o contexto dinâmico das necessidades de saúde, além da intersetorialidade, destaca-se a relevância da visita domiciliar para que o cuidado longitudinal seja efetivo. Neste estudo, evidenciou-se que as “necessidades invisíveis” são descobertas ao longo do tempo, em diferentes espaços; com maior eficácia dentro das casas, já que este é um espaço repleto das subjetividades das relações das pessoas que ali residem. Além disso, adentrar a casa de um indivíduo contribui para o fortalecimento do vínculo entre profissional e a família, sendo este elemento essencial para que o descobrimento das necessidades de saúde aconteça.

Estes elos são chamados de pontes para a visibilidade na busca do equilíbrio da vida, uma vez que temos necessidades visíveis e invisíveis. Nesse sentido, para que o cuidado supra as necessidades de saúde do indivíduo, estas precisam tornar-se necessidades cuidáveis, o que só ocorre quando se tornam visíveis aos olhos dos profissionais de saúde e do próprio indivíduo que vivencia a necessidade, pois, por vezes, o necessitado não associa o que o organismo sente aquilo que circunda sua vida cotidiana.

Chama atenção neste estudo, o fato de não ser apontado por nenhum profissional um meio único capaz de conhecer e cuidar das necessidades de saúde, sendo a “estratégia para o descobrimento” um caminho integrado para que as necessidades de saúde sejam cuidadas no contexto da ESF.

“Olha eu acho assim, nós somos pessoas únicas e especiais nessa vida, então assim, você tem que ser olhado como um todo (...)Eu sou um ser humano, eu necessito” (TE - 11)

“Às vezes ela vem com uma queixa, uma queixa que ela pensa que é patológica e no decorrer da conversa, a gente conversa, orienta e descobre, “ah eu tô com uma dor no peito, tô ansiosa, preocupada”, pessoal que às vezes tá com algum problema familiar,” ah meu filho tá usando droga”, “meu esposo ficou desempregado”, então a gente tenta fazer essa orientação e descobre que é justamente por causa daquele problema familiar ou social que é causa que ela somatize e tenha vários episódios de alguma patologia né, entre aspas, que ela acha que ela têm, e quando vê ela tá é preocupada com o outro

“Então normalmente a gente já acolhe essa pessoa né, e aí a gente tenta durante a entrevista da consulta de enfermagem, tentar que a gente aborde o máximo possível pra tentar descobrir o que realmente aquela pessoa qual é o anseio, o que ela precisa” (Enf - 12)

“Ah vão fazer uma metáfora. Um radar, o acolhimento é como se fosse um radar de problemas, de detecção de problemas. Não só de doenças, mas de outros problemas em si, mas assim, o radar não pode ser seletivo, ele tem que abranger tudo. Fazer uma abordagem completa. (...) tem que ser uma abordagem multiprofissional, não adianta eu trabalhar sozinho no meu consultório, o enfermeiro trabalhar sozinho, os ACSs trabalhar sozinhos, a nutricionista (...)” (Méd -15)

Esse “acolhimento radar” que “não pode ser seletivo” nos convida a deixar os moldes prontos e buscar o significado do que está sendo dito quando o usuário traduz por meio de diversas formas de expressão suas necessidades. Não sendo seletivo, não capta só a fala, mas valoriza a postura, o olhar, as entonações, tudo que está sendo significado pelo sujeito. Dessa forma, cada encontro entre profissional e usuário será único, assim como os caminhos definidos por ambos para que o cuidado aconteça.

“Acho que na pratica como enfermeiro mais importante é ouvir o usuário né, a gente tem que saber ouvir o usuário, ter uma escuta bastante importante, receber bem esse paciente pra gente ver o problema e tentar resolver. Acho que o que me ajuda bastante aqui na unidade é a gente ouvir esse paciente, afinal são eles que necessitam de ta aqui na unidade procurando o serviço de saúde, eles que são a linha de frente ali, que fala “ oh isso aqui ta errado”, porque a gente tá aqui dentro, então a gente não consegue enxergar melhor, não consegue enxergar, e eles conseguem enxergar melhor os problemas (Enf -17)

“Igual eu trabalho aqui já tem seis anos, só nessa unidade já tem cinco anos e meio, a gente cria vínculo, porque às vezes PSF são sempre as mesmas pessoas que vem, aí cria um vínculo mesmo, a gente já conhece todos os pacientes né, a gente já sabe que que aquele paciente quer, que que ele não quer, às vezes ele mal chega lá e a gente já sabe até o que ele ta sentindo. Porque a partir do momento que a gente cria o vínculo com a pessoa né, a

gente vai saber, ela vai se abrir mais com a gente e a gente vai saber o que realmente ela necessita”. (TE -19)

Esse caminho integrado, possibilita a saída da invisibilidade das necessidades de saúde que estão escondidas por trás de queixas comuns no cotidiano dos serviços de saúde. Dessa forma, as questões antes não abordadas pelos profissionais, rotuladas como problemas orgânicos de complexidade clínica, poderão ser cuidadas de forma mais abrangentes sem uma rotulação prévia e conduta pré-estabelecida por protocolos já instituídos. Assim, abre-se o leque de atuação multiprofissional na ESF, sendo possível a articulação e o uso da criatividade no cuidado único que surge com cada usuário que adentra as portas da unidade de saúde.

Assim, emergiu dos dados uma estratégia que pode ser representada pelo diagrama em forma de “cebola” apresentado a seguir:

- Estratégia para o “descobrimento” das necessidades cuidáveis:



Figura 7: Diagrama VII – Estratégia para o “descobrimento” das necessidades cuidáveis.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Enquanto as necessidades de saúde permanecem na invisibilidade, estas não são cuidadas pelos profissionais e permanecem “encobertas” pelo indivíduo que busca atenção no sistema de saúde. Considerando este contexto, emergiu deste estudo uma estratégia para o “descobrimento” das necessidades cuidáveis.

Para os participantes deste estudo, para que as necessidades invisíveis sejam alcançadas, o “acolhimento radar” precisa estar ligado o tempo todo, sendo todos os

profissionais da unidade de saúde capacitados para acolher os usuários; tanto os que adentram as portas da unidade de saúde como aqueles que fazem parte da área de atuação do serviço.

Após a detecção de toda e qualquer necessidade de saúde, esta precisa ser acolhida por uma equipe que vislumbre a criação do vínculo como essencial para que uma necessidade invisível se torne cuidável.

As necessidades cuidáveis são necessidades de saúde que foram descobertas pelo trabalho atento de uma equipe com escuta qualificada, que considere tanto o indivíduo como seu lugar no mundo para um cuidado em saúde com qualidade e eficácia.

Porém, o descobrimento/suprimento das necessidades não se constitui em tarefa simples; assim para alcançar o cuidado da soma das necessidades visíveis com as invisíveis, emergiram entraves que são descritos na **2º subcategoria** denominada “Entraves a visibilidade/suprimento das necessidades de saúde”, apresentada a seguir.

2ª Subcategoria - Entraves a visibilidade/suprimento das necessidades de saúde

Emergiram dos dados as seguintes propriedades desta subcategoria o “Engessamento burocrático”, a “Prisão na clínica” e a “Sobrecarga do sistema”, ambas, códigos in vivo.

Nesse processo, o “**Engessamento Burocrático**” é caracterizado tanto pelo “Acolhimento como crivo da funcionalidade do sistema” quanto por um “Pacote de Metas”.

A classificação das necessidades em condições de urgência faz parte da seleção realizada pelo “crivo” estabelecido pelo profissional acerca do que passará pela “peneira” do acolhimento ou não. O enfermeiro é o profissional responsável para a classificação dessas necessidades, sendo detentor, portanto, desse “crivo”. Assim, estabelece-se relação de hierarquia e prioridades entre as necessidades dos sujeitos que buscam o serviço de saúde, sendo acolhidas aquelas que são visíveis aos olhos do profissional que realiza a triagem, pautada em seus conhecimentos científicos e clínicos.

“Acolhimento é quando vem aqui passa pela enfermeira, elas olham se o caso é urgente se não é urgente, sabe por que realmente tem pessoas que não tem necessidade de ir pro médico” (ACS - 03).

“Então são os profissionais da enfermagem que vão, é colocar esse paciente que vai chegar aqui com quadro mais grave, vai ser o primeiro a ser atendido, e não um que chega aqui com nariz escorrendo, então né, é fundamental o atendimento primeiro pelos enfermeiros, por que eles vão fazer essa peneira, é o crivo de funcionalidade do sistema, senão eu tenho um bolo de paciente, sem critérios de prioridades, e isso foi resolvido com o acolhimento” (Méd -04).

Dessa forma o Enfermeiro, responsável para que o “sistema” funcione de forma adequada, não encontra tempo para a realização das atividades que são propostas para ele na ESF. Nesse sentido, além de limitar o cuidado do enfermeiro, o acolhimento como um “crivo” aparece como sinônimo de triagem. Nesse “engessamento burocrático”, os critérios adotados são as condições orgânicas dos indivíduos, dessa forma as necessidades invisíveis não são acolhidas pelos serviços de saúde, sendo, quando muito, relegadas a segundo plano na assistência.

“Acolhimento é entender a situação, o quadro do paciente, a demanda dele, num é o quadro é a demanda dele e através dessa demanda tentar direcionar ele, é comigo, ou ele precisa ser direcionado pro Assistente Social, ou pra farmácia pra uma orientação da farmacêutica ou ele precisa às vezes só tomar uma medicação ou ele tá confuso e precisa de uma orientação melhor, isso eu entendo como acolhimento. Mas o que acontece no município hoje o que eu vejo é o acolhimento na verdade sendo uma barreira pra se chegar até o médico, é uma sobrecarga na enfermeira, nas enfermeiras de um modo geral, de uma forma geral pra triar pra quem vai pro médico. Isso que eu vejo no município de Itabirito hoje (Enf - 08)

“Hoje eu acho que o acolhimento pra mim é importante, mas às vezes atrapalha. Por exemplo hoje a gente tem, acho que as unidades todas estão tendo problemas com o acolhimento, porque os enfermeiros em si não estão conseguindo fazer seu serviço de PSF, fazer busca...consulta de gestantes, hipertensos e diabéticos, criança, vacina; porque o acolhimento hoje tá tomando muito tempo do profissional de saúde. Teve um tempo atrás que diz, que o acolhimento qualquer um pode fazer, eu concordo com você, mas tem certas coisas não, tem coisas que só o enfermeiro pode resolver o problema do usuário e com isso tá atrapalhando um pouco, o serviço de PSF tá ficando a desejar um pouco. O acolhimento tá assim, eu te falo que tá tomando uns 70% do tempo da gente, desde que a gente entra, a gente faz o acolhimento de 07 da manhã até as 17 horas. O ruim que eu deixo de acompanhar um diabético, deixo de acompanhar um hipertenso, uma gestante, uma criança. Isso interfere negativamente.” (Enf - 17)

“Porque às vezes a pessoa tá precisando naquele momento e o acolhimento ajuda naquele momento, igual pessoa tá precisando naquilo naquele momento né. Não é igual antes né, a pessoa entrava na fila, às vezes nem tava precisando e ela ia ser atendida porque chegou primeiro e o acolhimento não, o acolhimento dá oportunidade das pessoas que realmente tá precisando” (TE - 19)

Os fatos relatados nos dados nos direcionam para a dicotomia entre o proposto pelas políticas públicas no que se refere ao acolhimento e ao que de fato acontece na prática profissional. Assim, a transformação de um “acolhimento crivo da funcionalidade” para um

“acolhimento radar” é parte dos desafios impostos a ESF para que as necessidades de saúde sejam descobertas e supridas.

Valorizar estas percepções que refletem as fragilidades cotidianas dos serviços de saúde, é dar voz para os atores que vivenciam o cuidar na ESF e, dessa forma, possibilitar a busca por novas práticas.

Além desse acolhimento como crivo da funcionalidade do sistema, emergiu dos dados apresentados, o “Pacote de Metas” como característica primordial para o engessamento burocrático; uma vez que esse “pacote” proposto caminha em sentido oposto as necessidades da população, pois não parte do cotidiano singular. Nestes “pacotes prontos”, elaborados de “cima para baixo” com metas generalizadoras, os profissionais são os executores de um plano que não leva em consideração a realidade dos indivíduos que vivenciam as necessidades de saúde.



Figura 8: Diagrama VIII - Pacote de Metas.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

“Mas todo mês tem o lançamento de um novo programa, uma nova atividade pra fazer e assim há uma sobrecarga. A gente atende além do limite do PSF que a gente tinha que atender 3500, a gente atende pouco mais de 4000. E isso assim fora os pacientes que aparecem, que são de fora e a gente, acaba agregando. E eles vem, consulta e acaba indo embora. Então assim, é muito programa assim, ‘ah semana que vem tem que fazer tal coisa’, mas não pode parar o acolhimento, não pode parar o atendimento médico, mas tem que fazer mais esse, tem mais essa atividade. Assim, tem gerado uma sobrecarga, e querendo ou não a gente tem que gerar dados, gerar informações, e aí sobrecarrega” (Enf - 08).

Além da quantidade de programas, por vezes desnecessários, que são impostos aos profissionais de saúde, surge como significativa a perspectiva de suprir as demandas dos usuários com esses “pacotes de metas” compostos por “pacotes de atividades e serviços”. Contudo, por não considerarem a peculiaridade de cada população adscrita, estes “pacotes”

terminam por engessar e sobrecarregar o serviço, desperdiçando recursos que poderiam ser utilizados para suprir as necessidades para além da superficialidade.

As necessidades dos indivíduos são dinâmicas, peculiares e subjetivas. Frente a isso, a superação de metas apenas quantitativas e a construção de objetivos qualitativos configura-se como um desafio nos domínios da ESF.

“Acho que o serviço até tem uma expectativa de suprir né. Se você for pensar assim, os gestores, ah tem grupo operativo, tem que ter atendimento, tem que ter campanhas, tem que fazer sala de espera, ah o que for. Será que é aquilo mesmo que a pessoa tá precisando, aquela a população tá precisando? Uma coisa que eu bato muito o pé, eu primeiro eu tenho que ver as necessidades do meu paciente, da minha população pra depois eu traçar algum plano de ação e não igual vem da secretaria, no mês tal, no dia tal, você vai fazer o grupo operativo de diabetes, será que meus diabéticos eles precisam daquele grupo operativo? Se meus diabéticos eles estão controlados, será que eles precisam daquele grupo? Será que são eles o foco? As pessoas tende a generalizar as necessidades” (Méd - 15)

“Eu acho que essa unidade de saúde é diferente da unidade de saúde da central, que é diferente da outra unidade de saúde; eu acho que as necessidades de saúde de alguma população é diferente. Por exemplo, eu sei que pelas questões, dos dados mesmo que a gente colhe dos pacientes, que eu sei que aqui tem mais idosos que em outra área, por exemplo, eu sei que as necessidades de saúde são diferentes; eu sei que nessa área tem mais doente mental, eu sei que as necessidades de saúde são diferentes, essa questão do engessamento de toda unidade de saúde ter que ser igual, ter que funcionar igual, entendeu, eu acho que, não condiz, eu acho que cada uma tem uma peculiaridade. Não adianta você querer engessar o cuidado, não é igual. Eu sei por exemplo que aqui na nossa área tem pouca gestante, adianta eu fazer um grupo operativo com duas gestantes?” (Méd - 20)

Faz-se referência a singularidade que se apresenta dentro de um mesmo território, sendo um desafio o planejamento do cuidado na ESF para além das metas estabelecidas considerando as necessidades visíveis e invisíveis da população adscrita.

As metas precisam e devem existir para a organização dos serviços, porém questiona-se a ausência de pactuação com cada equipe de saúde acerca das peculiaridades que cada população traz. Assim, faz-se fundamental uma gestão participativa na qual os profissionais que atuam na ESF tenham voz ativa na pactuação de metas, elaboração de campanhas e definição de quais programas serão implementados.

Soma-se a esses entraves a **“Prisão na clínica”**, que também emergiu dos dados, configurando ainda nos nossos dias a permanência da lógica biologicista nos serviços de saúde que compõe o SUS.

A preocupação com os sintomas apresentados pelos sujeitos em cada enfermidade, marcam um modo de cuidar pautado na busca e na solução para as doenças do corpo.

Dessa forma, os profissionais de saúde permanecem presos na lógica biologicista de cuidado, na qual o que direciona a atenção a saúde são as doenças vivenciadas pelos sujeitos ao longo da vida.

“A gente fica muito ‘preso na clínica’, clinicando, do que atuando com prevenção e promoção da saúde lá fora” (Enf - 01)

“Aquilo que no momento o paciente está buscando, pra mim é isso, necessidade de saúde, porque eu se não tiver com sede, eu não preciso de água, na hora que eu to doente que eu quero que a saúde me atenda. Isso que eu acho necessidades de saúde. Se hoje eu to com uma dor na perna eu preciso de um ortopedista né. Hoje eu preciso de um ortopedista porque eu to com dor na perna, se amanhã eu tiver com dor no peito eu vou procurar um clinico pra ele me encaminhar para o cardiologista”. (ACS - 18)

Contribui para essa “prisão na clínica”, a falta de tempo do profissional para ir além da lógica biologicista de atenção à saúde, caracterizando atendimentos rápidos de demandas pontuais, com baixa resolutividade das necessidades que os sujeitos de fato vivenciam. Nessa lógica de cuidar, são necessárias cada vez mais consultas médicas em um círculo vicioso de procura – resolução pontual – nova procura, condição reportada nos dados que seguem:

“Tem pacientes que vão me mostrar suas necessidades depois da quinta, sexta, décima consulta. E mostram muito coisas pontuais, às vezes meu dia tá corrido, meu tempo tá curto, eu não consigo dispor do tempo necessário que o paciente precisa, ele vai me mostrar lá na frente, no dia que eu vou ter um tempo maior pra ele” (Méd - 15)

“Eu vejo que, aqui por exemplo Itabirito, a gente faz um número exorbitante de consultas médicas, a gente oferece muita consulta médica e o mesmo paciente que não tem uma comorbidade assim muito importante. Por exemplo uma insuficiência cardíaca grave ou uma hipertensão de difícil controle, ou diabetes de difícil controle, às vezes consulta quatro vezes no mesmo mês e é um paciente que não necessita assim, sabe. Ta resfriado, por exemplo, orienta, passa analgésico, entendeu, umas coisas assim que eu vejo que não tem resolutividade” (Méd - 20)

É feita alusão ao número elevado de consultas médicas, sem tempo hábil para que o vínculo aconteça e para que a necessidade real saia da invisibilidade. Isto corrobora para repetidas idas do usuário ao serviço de saúde, uma vez que suas necessidades ainda continuam latentes, mas não encontraram espaço para que fossem manifestas.

Assim, esse enfoque biologicista também contribui para que o sistema seja sobrecarregado. Esta “**Sobrecarga do Sistema**” trata-se de um entrave importante à visibilidade das necessidades de saúde, sendo discutida a seguir.

A “**Sobrecarga do sistema**” deve-se ao modo como são organizados os serviços de saúde, geralmente, centrados nas necessidades visíveis e que organizam suas práticas profissionais para responder as demandas clínicas e solucionar pontualmente as carências apresentadas.

Nesse sentido, essa forma de organização contribui para que não seja abordada toda a complexidade das necessidades de saúde dos indivíduos, sendo limitadas à capacidade de diagnosticar doenças e preveni-las.

“o que eu vejo hoje é uma sobrecarga dos profissionais de saúde, com o número de programas que foi sendo criado pelo ministério de saúde, há uma sobrecarga de trabalho burocrático e é um pouco assim, tem tanto trabalho burocrático que às vezes as necessidades de saúde elas ficam jogadas ali no último lugar. E assim por um lado tem profissional sobrecarregado, por outro tem um paciente cheio de necessidade, que tá precisando de cuidados. Que a gente dá conta, mas assim às vezes, num dá aquela conta de forma integral, num tem um acompanhamento integral. Mas assim a gente precisa diminuir a sobrecarga um pouco do profissional pra dar conta dessa nova realidade que a gente tá vivendo. Antes o paciente vinha né com um probleminha, hoje ele vem com todo o problema familiar, social, mais o problema de saúde, mais as necessidades de saúde. Então assim a gente tem que balancear, o que é burocracia mesmo do que é necessário pra gente fazer este atendimento das necessidades”(Enf - 08).

“Eu acho que tem casos que tem que ser pra agora, não dá pra ficar esperando muito, acho assim, a parte burocrática que às vezes pesa no sistema”. (TE - 11).

“Parece que tem uma necessidade de paciente...tem que atender 3 pacientes por hora. Por exemplo, chega um paciente aqui com uma queixa psiquiátrica eu acho totalmente inviável atender esse paciente em 20 min. E se eu atender 3 pacientes por hora, eu vou ter que atender ele em 20 min, mesmo se a queixa for psiquiátrica, uma queixa grave, que as vezes eu vou demorar tempo pra abordar, mesmo se for um paciente com muitas queixas entendeu? Eu acho que tinha que ter mais flexibilidade em relação a essa questão “ ah tenho que atender três pacientes por hora’. Mas isso é uma questão já que vem mais de cima, mais política mesmo, aquela questão de oferta gigante de vagas, o mesmo paciente que é um paciente às vezes hígido, ou que é um paciente que não tem comorbidade grave, ser atendido 3 ou 4 vezes no mês” (Med - 20).

Assim, essa subcategoria – “**Entraves a visibilidade/suprimento das necessidades de saúde**” leva-nos a refletir acerca da limitação do espaço nos serviços de saúde para além das necessidades orgânicas, uma vez que o círculo doença – cura – prevenção leva a um consumo cada vez mais elevado dos serviços terapêuticos clínicos disponíveis na APS.

A lógica representada de “atender 3 pacientes por hora” denota preocupação dos serviços com a produtividade em detrimento da qualidade, o que dificulta a escuta ativa e a criação do vínculo.

Além disso, essa sobrecarga contribui para uma limitação do tempo destinado a ouvir o usuário, o que favorece o controle por parte do profissional do encontro que acontece entre o mesmo e o usuário; sendo este momento cada vez mais regrado e normatizado pelas amarras do sistema e por condutas profissionais prescritivas.

Nessa perspectiva, faz-se necessário repensar as barreiras organizacionais que são impostas ao usuário na ESF, pois limitando seu acesso, diminuindo o vínculo, consequentemente, reduzem o cuidado ao atendimento de demandas clínicas.

Assim, esta subcategoria é **conceituada** por “Entraves” que existem nos serviços de saúde e na atuação dos profissionais, que dificultam ou inviabilizam tanto o descobrimento como o suprimento integral das necessidades de saúde vivenciadas pelos sujeitos em suas vidas, pois desconsideram a dinamicidade e a singularidade dos indivíduos que buscam os serviços de saúde.

Dessa forma, está representado no diagrama que segue, propriedades fundamentais que constituem estes “Entraves a visibilidade/suprimento das necessidades de saúde”.



Figura 9: Diagrama IX – Definição da 2ª subcategoria: “Entraves a visibilidade/suprimento das necessidades de saúde”.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

No contexto do cuidado das necessidades de saúde na atenção primária surgem entraves à visibilidade e, consequentemente, ao suprimento das necessidades de saúde dos

sujeitos. Faz parte destes entraves, o “**engessamento burocrático**” que permeia a organização do trabalho na unidade de saúde, este representado pelo acolhimento como “crivo da funcionalidade do sistema” e pelos “pacotes prontos de metas”.

Acolhimento como “crivo da funcionalidade”: trata-se do acolhimento instituído no serviço que funciona como separador entre as necessidades orgânicas emergentes e aquelas que podem aguardar atendimento clínico. Foi chamado de “crivo” devido a essa capacidade de separação entre o que é prioridade de acordo aos critérios clínicos e o que não é; “para a funcionalidade” refere-se à comparação do modelo de entregas de fichas em filas de espera antes da implantação do acolhimento nas unidades de saúde, sendo o acolhimento instituído considerado essencial para que o cuidado aconteça de forma organizada.

Neste acolhimento, destaca-se que devido à limitação do tempo de atendimento os profissionais não têm tempo hábil para chegar às necessidades de saúde invisíveis. Funciona, muitas vezes, como um agendamento para o médico, o que sobrecarrega a atuação do enfermeiro dentro da unidade de saúde que, limitado pelo excesso de atividades, não realiza o cuidado que lhe é pertinente dentro de uma unidade de APS.

Os “pacotes prontos de metas” contribuem para o engessamento burocrático uma vez que nem sempre correspondem as necessidades de saúde da população. São estabelecidos pelos gestores por meio de programas de metas que precisam ser cumpridas como garantia de um cuidado de qualidade para a população adscrita. Além disso, muitas destas metas refletem preocupações quantitativas e objetivas, ao contrário do que demandam as necessidades de saúde, ou seja, metas qualitativas e subjetivas.

Porém, os dados mostraram que devido a peculiaridade das necessidades de saúde, faz-se preciso um estudo da população de cada microárea para, por exemplo, avaliar a necessidade da realização de um grupo operativo. Na prática, tem acontecido uma generalização das necessidades em pacotes de cuidados prontos que, por vezes, são desperdício de recursos humanos e materiais que poderiam ser empregados em atividades que contemplassem as necessidades específicas daquela população.

Também faz parte desta subcategoria, a atuação profissional com uma “**prisão na clínica**” com enfoque reduzido ao cuidado orgânico da saúde do indivíduo, o que leva a resolução pontual dos problemas do indivíduo. Nesse sentido, o cuidado limita-se as necessidades visíveis, aquelas que correspondem a queixa principal do indivíduo, permanecendo encobertas aquelas que são invisíveis para um olhar apenas biologicista do ser humano.

Outro entrave relaciona-se a “**sobrecarga do sistema de saúde**” que necessita de melhor articulação em rede para “diminuir a espera”, incremento de recursos humanos e materiais, além de maior articulação com outros setores da sociedade para suprimento, sobretudo, das necessidades invisíveis.

Destaca-se nos dados que devido à grande demanda dos usuários na APS, os profissionais sobrecarregados pelo número de atendimentos a serem realizados e por metas a serem cumpridas, não dispõem de tempo hábil para que o vínculo seja criado e o cuidado seja realizado para além da superficialidade, o que representa um entrave tanto ao suprimento como ao descobrimento das necessidades de saúde do usuário. Soma-se, o acúmulo de funções gerenciais e assistenciais, principalmente dos enfermeiros que não conseguem realizar no cotidiano de suas ações aquilo que se propõem na teoria.

CAPÍTULO VI

RELACIONANDO AS CATEGORIAS À CATEGORIA CENTRAL – TEORIZAÇÃO

“Eis meu segredo (ele é muito simples): só se enxerga bem com o coração. O essencial é invisível para os olhos” (Antoine de Saint-Exupéry, 2015, p.70)

A categoria central que aflorou, reunindo todas as outras conexões ao seu redor foi: A (in) visibilidade das necessidades de saúde: a dinamicidade do “*convívio nosso com o mundo*”. Isto porque, em todas as categorias encontradas, surgiram códigos que levaram a constructos teóricos, nos quais as necessidades de saúde aparecem como a soma das necessidades visíveis com as invisíveis, permeadas pelo cuidado na busca pelo equilíbrio entre os mais diversos âmbitos da vida.

O cuidado que é ofertado nos serviços de saúde no município de Itabirito caminha por dois caminhos diversos, possuindo tanto pontes que favorecem o descobrimento/suprimento das necessidades de saúde como entraves para que isto aconteça.

Neste sentido as necessidades de saúde são de tal forma subjetivas que transitam entre a visibilidade e a invisibilidade, tanto aos “olhos” dos usuários que as vivenciam (significação dada pelos profissionais participantes) como dos profissionais que delas cuidam.

Dessa forma, “*esse convívio nosso com o mundo*” consiste no cerne dessa teoria, uma vez que é na dinâmica dos encontros e das relações que as necessidades de saúde são forjadas, descobertas, supridas. Assim, como estas se desenvolvem no dia-a-dia dos profissionais e usuários, gera consequências tanto no surgimento das necessidades de saúde como em seu descobrimento/suprimento.

A (in) visibilidade das necessidades, portanto, é permeada pelo cuidado que se constrói por meio da dinâmica das relações no cotidiano da ESF. Assim, esse cuidado é chamado de integrado, uma vez que as necessidades de saúde que precisam ser acolhidas nos serviços são estruturadas pela soma das “Necessidades Visíveis” com as “Necessidades Invisíveis”.

Dessa forma, é ressaltado nessa teoria o fato do acolhimento como um “radar” das necessidades de saúde, ser um dos principais meios para que estas saiam da invisibilidade e possam ser cuidadas pelos profissionais de saúde, seja no serviço, no território ou nos domicílios.

O funcionamento desse “acolhimento radar” está associado a construção ou não de vínculos, entre usuários, profissionais e serviços de saúde. Como radar, não pode ser captador

de algumas necessidades em detrimento de outras, deve ser operado, de forma que absorva todas as possíveis necessidades que adentrarem no raio da Estratégia de Saúde da Família.

Assim, infere-se nessa teoria que a própria ESF deve ser uma Estratégia de Radar, onde os usuários desse sistema são de tal forma ouvidos que nada permaneça escondido.

Ao analisarmos esse processo, essa teorização pode ser representada pelo diagrama que segue:

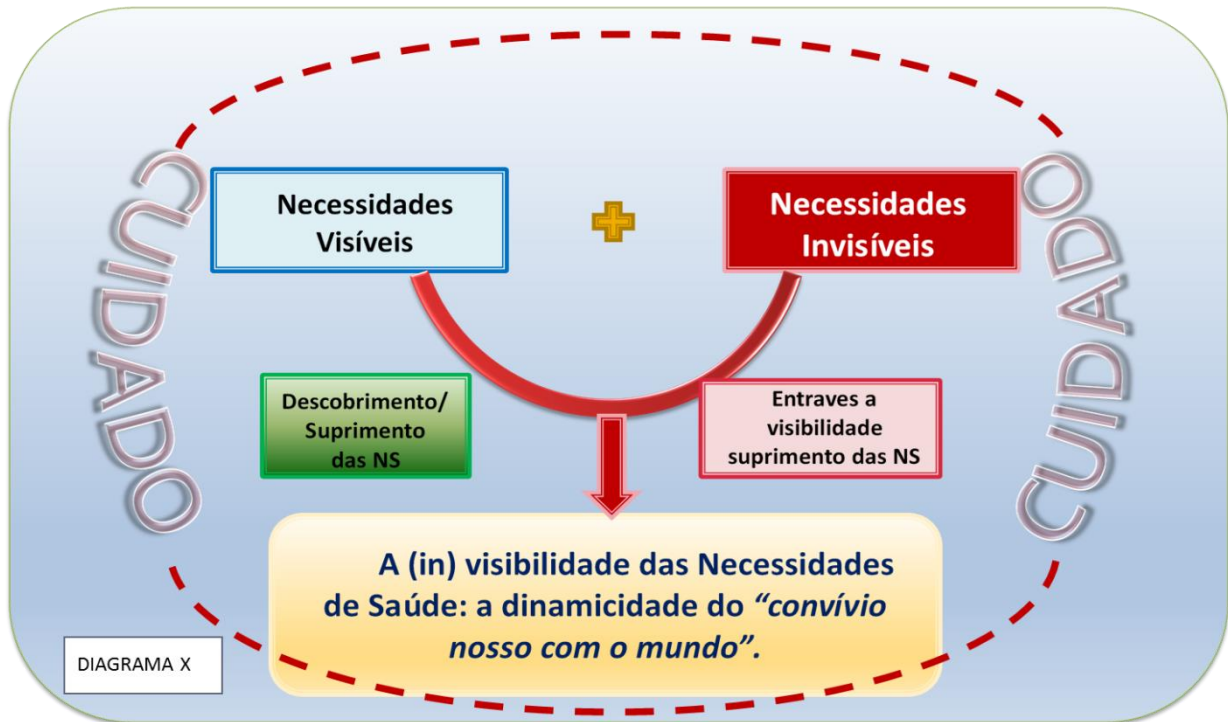


Figura 10: Diagrama X – A Teoria da (In) visibilidade das Necessidades de Saúde: a dinamicidade do “convívio nosso com o mundo”.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

O processo de construção da “Teoria da (In) visibilidade das Necessidades de Saúde: a dinamicidade do *convívio nosso com o mundo*” remete-nos, ainda nos dias atuais, a premência da valorização da subjetividade nos serviços de saúde, para que as Necessidades de Saúde sejam conhecidas, significadas e supridas.

A partir da vivência dos profissionais de saúde da ESF, desvela-se que quando o usuário adentra os serviços de saúde, traz consigo “Necessidades Visíveis” – caracterizadas por demandas orgânicas, referentes ao adoecimento ou formas de evitá-lo, orientando a ida do usuário ao serviço e garantindo seu acesso - e “Necessidades Invisíveis” - relacionadas ao contexto familiar, social, cultural, econômico e simbólico do sujeito, definidas por sua dinamicidade e subjetividade, não configurando-se como a queixa principal.

Desta forma, o cuidado, dinâmico e fluido, permeia tanto as necessidades visíveis como as invisíveis, contribuindo ou não para que o equilíbrio buscado pelo usuário em seu “modo de andar a vida” em suas “relações com o mundo”, seja alcançado. Assim, a categoria **“Cuidado Integrado da Necessidades na APS”** fornece uma dinamicidade condicional a teoria apresentada.

Esse “cuidado integrado” é caracterizado tanto pelo “descobrimento/suprimento das necessidades de saúde” como por “entraves a visibilidade/suprimento das necessidades de saúde”.

Nesta teorização, o vínculo é base para que esse “convívio com o mundo” (seu mundo em um enfoque subjetivo, repleto de significados únicos, de contextos diversificados) seja repleto de profundidade e verdade; o que impacta no cuidado e gera consequências tanto para os serviços de saúde, quanto principalmente para a qualidade de vida desse usuário.

Dentre essas consequências, ressalta-se nesta teoria, a saída ou não das necessidades de saúde da invisibilidade, o que determinará se estas serão cuidáveis no âmbito dos serviços de saúde.

Como pontes que viabilizem a saída da invisibilidade, possibilitando o descobrimento/suprimento das Necessidades de Saúde como elas são, destacam-se a atuação de uma equipe multiprofissional articulada e acolhedora, que busque o estabelecimento do vínculo, com respeito a autonomia do indivíduo; bem como a realização de visitas domiciliares que favoreçam o vínculo e o cuidado longitudinal do indivíduo e suas famílias.

Nesta equipe, o ACS assume papel de destaque sendo caracterizado como uma ponte viva para que as necessidades cheguem aos serviços de saúde.

Considerando-se a multiplicidade e singularidade das Necessidades de Saúde, ações intersetoriais, articuladas, com vistas a alcançar a integralidade da assistência, precisam ser buscadas cotidianamente, tanto por profissionais como gestores.

Somos formados de necessidades que ora se apresentam, ora não. Mas mesmo aquelas, que, por não encontrarem espaços abertos de escuta nos serviços de saúde, são invisíveis, continuam a existir, sem solução, sem cuidado, impedem o equilíbrio na vida do indivíduo.

Assim, a valorização das subjetividades, do modo de “conviver com o mundo” de cada indivíduo, poderá nos conduzir a superação micro e macro dos “Entraves a visibilidade/suprimento das necessidades de saúde”, que se caracterizam por um acolhimento que visa à organização da demanda orgânica e por um pacote pronto e generalizador de metas, ambos levando a um sistema de saúde engessado e burocratizado.

As condutas terapêuticas presas somente nos conhecimentos biológicos, caracterizando uma prisão na clínica, também precisam ser superadas, para que as necessidades de saúde sejam cuidadas de forma integrada, tanto as “Necessidades Visíveis” quanto as “Necessidades Invisíveis”. Soma-se a estes entraves, a sobrecarga da ESF, que, com demandas diversas, reclamam uma articulação entre os serviços que constituem a rede de atenção à saúde.

Na perspectiva teórica desse estudo, descobrir e suprir as necessidades de saúde, compreendendo e superando sua (in) visibilidade, é finalidade base para a consolidação prática da ESF, para a construção de políticas públicas humanizadas e de protocolos organizacionais que permitam espaços de escuta ativa, constituindo-se, portanto, em um desafio cotidiano na prática dos profissionais de saúde.

CAPÍTULO VII

CAFÉ COM OS AUTORES – TEORIZANDO A LUZ DA LITERATURA

A categoria central: A (in) visibilidade das necessidades de saúde: a dinamicidade do “*convívio nosso com o mundo*”, foi apresentada sob a forma de diagrama, sendo necessário para encontrá-la refletir acerca de muitas conexões entre as categorias: Necessidades Visíveis, Necessidades Invisíveis e Cuidado Integrado na APS.

Para discuti-las, durante este capítulo abordarei reflexões acerca da Atenção Primária a Saúde (APS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Acesso, Longitudinalidade, Integralidade e Equidade do cuidado, com a finalidade de fundamentar a discussão teórica desse estudo.

A equipe da APS, além da organização da linha do cuidado, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, é responsável pelo processo de gestão do projeto terapêutico cabendo-lhes o acompanhamento longitudinal dos indivíduos, e a participação na regulação do acesso aos outros pontos de assistência, garantindo ao usuário a formação do vínculo contínuo com a equipe de saúde (MERHY 2002).

Isso significa dizer que a equipe que compõe a APS deve ser capaz de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade por meio de ações intersetoriais e interdisciplinares mais resolutivas. Assim, é o nível privilegiado de maior proximidade com o usuário, que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde dos indivíduos (BRASIL, 1997; STARFIELD, 2002). É nesse contexto, portanto, que as necessidades de saúde são “**descobertas**” e “**cuidadas**”.

O desafio dessa prática de cuidar, tendo em vista a teoria proposta, remete-nos à consideração de Viegas (2010, p.177):

Essa aproximação do profissional com a realidade da família se faz também importante ao considerar a subjetividade. A forma como cada um lida com a saúde e a doença e como os problemas de saúde podem interferir na vida de cada pessoa é muito diferente. Por isso ter uma equipe que conheça o usuário e sua família, que cuide especificamente da pessoa é fundamental. Existem vários *Josés* e várias *Marias*, mas cada “um é um”.

Assim, nesta teoria, a categoria “**Necessidades Visíveis**” convida-nos a refletir acerca das práticas de cuidado direcionadas as prioridades orgânicas, que distanciam o profissional da subjetividade do usuário, mas abrem as portas dos serviços de saúde

garantindo o acesso. Ao refletirmos acerca dos caminhos da (in) visibilidade das necessidades de saúde, temos a lógica biologicista como orientadora das práticas de cuidado.

Nesta linha de pensamento, Viegas (2013) aponta que, por ainda se fundamentar em um modelo de atenção à saúde, fragmentado e biomédico, a APS ainda não efetivou na prática aquilo que propõe na teoria. Isso porque suas ações ainda são focadas na doença e nas questões orgânicas e não nas necessidades de cada indivíduo e sua família, o que influencia nas terapêuticas adotadas e nos modos de organização dos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, Campos (2004, p.44) afirma que para os gestores, planejadores do cuidado e dos recursos empregados, “as necessidades de saúde representariam o que é necessário para passar do estado de saúde observado (problema) ao estado de saúde desejado (norma)”. Essa afirmação corrobora a priorização das “Necessidades Visíveis” em detrimento das “Necessidades invisíveis” proposta na presente teorização.

Para Coelho (2009), valorizar a subjetividade do usuário, considerando-o como sujeito ativo no cuidado, requer do profissional de saúde disponibilidade e sensibilidade para o diálogo e a escuta ativa, na tentativa de no encontro com o usuário conhecê-lo e, assim buscar soluções conjuntas que satisfaçam suas reais necessidades de saúde.

Desta forma, pensando no cuidado que tem como foco de sua atenção a pessoa e não somente a doença, Queiroz e Penna (2008, p.64) afirmam que “a confiança na equipe a ponto de falar dos problemas surge a partir do momento em que a demanda tem possibilidade de ser direcionada a alguém que se mostra próximo, criando laços consolidados”.

Portanto, as “reais” necessidades de saúde, definidas nessa teoria pela soma das necessidades visíveis com as invisíveis num processo de busca de equilíbrio na convivência em sociedade, podem ser “descobertas” ou não pelos profissionais de saúde, a depender do cuidado que acontecerá no encontro entre profissional - usuário – serviço de saúde.

Nesse sentido, Coelho (2009) propõe uma reflexão acerca dos modos de produção do trabalho, nos quais as necessidades dos usuários não são homogêneas, sendo também desiguais a distribuição e o consumo dos produtos do trabalho cotidiano pelos usuários do SUS, mesmo que o cardápio de serviços oferecidos na APS seja o mesmo.

Assim, na concepção de Othero e Ayres (2012) a integralidade é o princípio norteador para os enfrentamentos nos serviços de saúde mediante a apreensão das necessidades dos sujeitos atendidos, pois estas não se resumem à doença, à prevenção e à assistência, já que compreendem questões mais complexas, envolvendo além da história do indivíduo, seus valores, anseios e contexto sociocultural, dentre outras dimensões que

compreendem a existência do ser humano; nesta teoria abarcadas pela categoria **“Necessidades Invisíveis”**.

Segundo Starfield (2002), a acessibilidade, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado precisam acontecer ao mesmo tempo para que a integralidade seja alcançada nos serviços de atenção à saúde.

No que se refere a integralidade, Queiroz e Penna (2008, p.71) afirmam que “quanto às relações estabelecidas entre acessibilidade, longitudinalidade e coordenação de cuidados, percebe-se que há uma interligação profunda, podendo-se dizer que a integralidade só ocorre coexistindo com as mesmas”.

Desta forma, a integralidade envolve a intersetorialidade e a interdisciplinaridade, na busca por soluções que, de forma direta ou indireta, relacionem-se à saúde dos indivíduos que procuram a APS para atendimento de suas necessidades de saúde (MORAIS et al 2011).

Viegas e Penna (2015, p.1097) afirmam que:

A integralidade e o cuidado em saúde são tarefas intersetoriais e só podem ser pensadas quando o nível primário consegue se articular adequadamente, em forma de rede, com os outros níveis de atenção à saúde e com os demais setores governamentais e não governamentais, para garantir e proteger a saúde como direito social instituído. Assim sendo, a integralidade constitui um elemento central para a consolidação de um modelo de saúde que incorpore, de forma mais efetiva, a universalidade, a equidade no atendimento às pessoas para alcançar ações resolutivas em saúde.

Nessa perspectiva, Franco e Merhy (2005) declaram que novos modos de agir em saúde são necessários para dar novos sentidos e significados as relações tanto com usuários como na equipe interdisciplinar, institucionalizando nos serviços práticas acolhedoras, humanizadas, que abram espaços de escuta ativa e diálogo nas relações assistenciais e de cuidado. Pois um **“Cuidado Integrado”**, tanto da queixa principal do indivíduo que busca atenção à saúde, como daquelas que surgirão ao longo do estabelecimento de vínculo, permite alcançar a integralidade e a equidade na assistência à saúde.

Porém, Viegas e Penna (2015, p.1094) ressaltam que “infelizmente, as relações entre saúde e doença ainda permanecem atreladas a um imaginário positivista, que não consegue ultrapassar os limites de separação entre o físico, o emocional, o mental, o social e o espiritual do ser humano”.

Na concepção de Malta e Merhy (2010), a fragmentação da linha de cuidado acontece quando não há um projeto terapêutico adequado, não há o uso da tecnologia leve e a existência da rede de serviços que suporte as ações necessárias e o acesso aos recursos assistenciais. Assim, uma linha de cuidado deve ser centrada nas necessidades dos usuários do

serviço de saúde, independentemente de estarem doentes ou não. Nesse sentido, a prática profissional, tendo em vista **a (in) visibilidade das necessidades de saúde** que ainda acontece nos serviços, remete-nos a carência de projetos gestores que levem em consideração essa complexidade do cuidar.

Para Othero e Ayres (2012), no contexto da APS, tornam-se imprescindíveis ações intersetoriais que considerem as especificidades de cada indivíduo, pois as necessidades fazem parte de um conceito ampliado de saúde, englobando: direitos, cidadania, educação, transporte, lazer, dentre outras especificidades singulares.

Conforme Storino, Souza e Silva (2013, p. 643) “o acolhimento e o vínculo precisam ser buscados na relação profissionais/usuário em toda a rede de atenção à saúde. A APS não pode mudar sozinha a atenção à saúde por meio da humanização e da integralização”.

Nessa perspectiva, Franco e Merhy (2005, p.12) afirmam:

Para o desenvolvimento dos processos de mudança do modelo assistencial, a identificação do papel central da subjetividade nos traz novos desafios, o de reconhecer que o protagonismo dos sujeitos trabalhadores e usuários para a mudança no funcionamento dos serviços de saúde, não vai se dar apenas pela excelência técnica, isto é, processos cognitivos que dizem respeito ao modo de fazer saúde, mas será necessário investir em processos de subjetivação, para que os mesmos se coloquem como portadores de projetos que recuperem a utopia ativa de um serviço de saúde que seja centrado no usuário, produtor do cuidado, no sentido de acolher e se responsabilizar pela sua clientela.

Assim, para a construção do cuidado em saúde, é importante questionarmos e compreendermos as origens e os significados dos adoecimentos, bem como da disposição socialmente dada às tecnologias e serviços disponíveis para sua superação, além das transformações necessárias nas interações interpessoais que acontecem na assistência à saúde dos indivíduos (SHAW et al., 2013; AYRES, 2004).

Nesse sentido, Santos e Penna (2013) apontam que a permanência de antigas práticas do modelo biomédico, que fragilizam principalmente os princípios da universalidade do acesso e da longitudinalidade da assistência no âmbito do SUS, ainda são constatadas no cotidiano dos serviços de saúde, e constituem desafios para os profissionais que compõe a equipe da ESF.

Malta e Merhy (2010) colocam que o cuidar em saúde implica em mecanismos de responsabilização tanto por parte da equipe de saúde, quanto de gestores públicos e privados, para que seja produzida uma ação integral, na qual não ocorram a interrupção e a fragmentação da assistência à saúde, os atendimentos pontuais e descontínuos centrados

apenas nas demandas espontâneas orgânicas dos sujeitos, mas para que o cuidado seja centrado nas necessidades de saúde de cada sujeito, sendo, portanto mais resolutivo e integral.

Para Ayres (2009, p.35) mesmo com todos os desafios impostos as práticas de intersectorialidade e interdisciplinaridade, “se ouvirmos atentamente a quem atendemos, compreendermos o que fazem, pensam e sentem à luz de suas condições concretas de vida e construirmos junto com eles alternativas viáveis para cuidarem de sua saúde na realidade de seu cotidiano” estaremos contribuindo para a promoção da saúde e da qualidade de vida destes indivíduos.

Dessa forma, ouvir de forma ativa as necessidades dos usuários possibilita, à equipe interdisciplinar, a efetivação da assistência integral a saúde e potencializa as intervenções dirigidas aos problemas trazidos pelos usuários na atenção primária a saúde, para além das necessidades orgânicas do indivíduo.

Segundo Franco e Merhy (2005, p.8) um cuidado centrado na subjetividade do usuário “poderia harmonizar a relação dos serviços de saúde com sua clientela, fazer com que os usuários e trabalhadores, como sujeitos do processo de construção de uma nova forma de fazer saúde, possam se alinhar no trabalho conjunto de construção de um novo modelo”.

Nessa perspectiva Viegas e Penna (2015, p.1090) afirmam que “as atitudes, as ações e os fazeres dos profissionais de saúde devem valorizar os aspectos objetivos e subjetivos desse viver humano, respeitando o livre-arbítrio dos sujeitos na coprodução da saúde individual e coletiva” na busca da integralidade do cuidado.

Considerando esse “*viver humano*”, nesta teoria representado pelo “convívio nosso com o mundo”, descobrir e suprir as necessidades de saúde, faz-se um exercício árduo e desafiador.

Neste “Café com os Autores”, foram encontrados conceitos, acerca do significado de necessidades de saúde, relevantes para a reflexão desta teoria.

Agnes Heller apud Egry e Oliveira (2008) define necessidade como um produto social, dividido em: necessidades naturais (alimentação, abrigo, sexual, de contato social e cooperação, associadas à auto conservação e à preservação da espécie); as necessidades radicais (a liberdade, a autonomia, a auto realização, autodeterminação, a atividade moral, a reflexão) e as necessidades alienadas (associadas ao capitalismo como dinheiro, poder e posse de objetos).

Já Cecílio e Matsumoto (2006) desenvolveram uma taxonomia das necessidades de saúde, na qual estas são divididas em quatro grupos: I) Necessidades de boas condições de vida, II) Necessidade de garantia acesso a tecnologias de saúde capazes de melhorar e

prolongar a vida, III) Necessidade de nas relações com profissionais e serviços de saúde criar vínculos, IV) Necessidade de autonomia e de autocuidado.

Essas diferentes concepções podem favorecer a reflexão dos profissionais de saúde da ESF acerca do quão complexo é o usuário que adentra a unidade de saúde, estando com muitas necessidades para além das “Necessidades Visíveis”. Desta forma, faz-se necessário reforçar os esforços para que pontes de cuidado sejam mais utilizadas para tornar essa gama de “Necessidades Invisíveis” em “Necessidades Cuidáveis”.

Nesta perspectiva, Cecílio (2001, p.4) afirma que:

Poderíamos trabalhar com a imagem de que, quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo uma “cesta de necessidades de saúde”, que caberia à equipe ter a sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível. Toda a ênfase gestão, da organização da atenção e da capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender necessidades de saúde, mais do que a adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção dado aprioristicamente.

O mesmo autor, Cecílio (2001, p.4), afirma que as demandas que chegam aos serviços de saúde são a forma como o usuário traduz suas necessidades, assim, “a demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários...); as necessidades podem ser bem outras”.

Corroborando, na visão de Marques e Lima (2007, p.5) quando relata uma necessidade o usuário “pode expressar a solução pensada, por ele, do que representa um problema. A definição do problema leva em conta o conceito de saúde-doença apreendido por ele nas relações sociais e no cotidiano”.

Assim, cuidar da pessoa conforme a sua necessidade concreta, considerando uma estratégia para que esta se torne cuidável em toda sua complexidade é um convite a um refletir contínuo, no qual cada encontro entre os sujeitos que compõe a atenção a saúde merece papel de destaque, sem limite de tempo, sem entraves, sem mordanças, para que essa “decodificação” das necessidades ocorra.

Isso só se torna possível quando o encontro é considerado meio e fim para que o cuidado aconteça, seja ele dentro ou fora dos muros dos serviços de saúde.

Desta forma, muitos estudiosos apontam que as necessidades de saúde não se resumem ao que é demandado pelos usuários nos serviços de saúde, como discutido neste estudo.

Porém, destaca-se que a conceituação de necessidades de saúde tendo como **cerne a dinamicidade do convívio nosso com o mundo, formada pela soma das necessidades visíveis com as invisíveis, permeadas pelo cuidado integrado** não foi encontrada na

literatura. Portanto, esta teoria acrescenta uma nova reflexão as discussões existentes acerca desta temática. Assim, este estudo é inovador no que se refere a novas formas de pensar e propor modos de agir nos âmbitos dos sistemas de saúde.

Considerando a amplitude desta teoria, bem como as relações estabelecidas entre as categorias analíticas, define-se neste estudo que, a “Teoria da (In) visibilidade das Necessidades de Saúde: a dinamicidade do *convívio nosso com o mundo*”, configura-se como uma **teoria geral**, a qual pode ser generalizada para outras Estratégias de Saúde da Família, onde profissionais buscam a efetivação de cuidados integrais de saúde.

Nessa perspectiva, essa teorização poderá contribuir para a reflexão acerca da relevância de uma busca constante da (In) visibilidade das necessidades de saúde, que precisam ser cuidadas de forma integrada por meio de práticas inovadoras, de profissionais que atuem de forma criativa no cotidiano da ESF e nos demais serviços de saúde no âmbito do SUS.

CAPÍTULO VIII

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O senhor... mire, veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam, verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra montão”. (Guimarães Rosa, 1956)

Após a realização deste estudo intenso, tanto de interações como de reflexões, constato que os objetivos propostos foram alcançados. Assim, além da compreensão acerca da concepção de necessidades de saúde que detinham os profissionais, foi possível a construção da teoria “A (in) visibilidade das necessidades de saúde: a dinamicidade do *‘convívio nosso com o mundo’*”, com fundamentação nos dados coletados em Itabirito – MG e podendo ser generalizada para outros contextos de ESF no âmbito do SUS.

Destaca-se que as necessidades humanas são de fato tão peculiares e únicas que refletir acerca delas é um exercício complexo, porém extremamente enriquecedor. Pois para de fato supri-las preciso tratar de entregar-me e para entregar-me preciso tratar de conhecer-me, não só como profissional, mas como pessoa.

Para descobrir o que está encoberto, para chegar ao fundo da questão é preciso disposição, coragem para desafiar as amarras de um sistema que por vezes amordaça. Não se trata do que o outro me diz, mas sim de que significado tem o que foi dito. O que há por trás das palavras? Qual a necessidade por trás da necessidade? Ou seja, qual a necessidade de fato? Qual o cuidado necessário para que essa invisibilidade dê lugar a clareza e, enquanto profissional, eu consiga enxergar o usuário como sujeito carregado de significações em seu convívio com o mundo?

Necessito de entregas: para a vida, para o conhecimento, para as experiências. Para entregar-me preciso confiar, para confiar preciso acreditar. Acreditar que não posso mudar o mundo, mas posso ser parte da mudança; posso entregar-me para que ocorra o descobrimento e o cuidado das necessidades do necessitado.

Por mim cuidadas, por mim conhecidas, de mim conhecidas e que nesse caminhar seja transformada em um ser humano mais humano, já que sendo “pessoas únicas e especiais”, como humanos, necessitamos.

Posso dizer que a realização desta pesquisa gerou mudanças tanto profissionais, como pessoais, somando a minha existência reflexões que impulsionam a um novo agir, a novas maneiras de pensar os encontros, os laços, as pontes para a visibilidade do que nos constitui como seres humanos.

Como contribuições do desenvolvimento da “Teoria da Invisibilidade: a dinamicidade *do convívio nosso com o mundo*” aponta-se a viabilização do retorno para a ESF do conceito construído com base nos dados fornecidos por seus profissionais do que são as necessidades de saúde, possibilitando reflexões acerca da temática e trazendo subsídios para a melhoria da prática profissional interdisciplinar, bem como para os processos de gestão, visando a integralidade da assistência.

Após esta teorização, propõe-se que sejam realizadas reuniões periódicas para planejamento entre gestores e as equipes de saúde da família, possibilitando, dessa forma, que os olhares cuidadores sejam voltados para as necessidades específicas de cada território. Assim, enquanto em uma equipe são realizados grupos com enfoque em gestantes, em outra equipe poderão ser realizados grupos que atendam as mulheres no climatério, por exemplo.

Assim, espera-se que essa teorização possa contribuir para a implementação de práticas mais criativas na organização dos serviços de saúde, com vistas a alcançar um cuidado integrado das Necessidades de Saúde, sejam elas visíveis ou invisíveis.

Outra colaboração deste estudo, torna-se evidente, após a discussão tanto do acolhimento como um “radar” quanto do acolhimento como um “crivo”, o que nos leva a refletir acerca de formas de operacionalizarmos a realização do acolhimento na ESF de modo que tanto as necessidades visíveis como as invisíveis alcancem o cuidado integral desde o momento do “encontro” do usuário com o profissional ou serviço de saúde.

Para tanto, propõe-se que o acolhimento seja realizado de forma interdisciplinar, de forma que seja possível decodificar o que o usuário traz consigo para o serviço. Nesta perspectiva, estes resultados apontam para a necessidade de instituir na ESF uma equipe acolhedora, que seja responsável por este acolhimento instituído nos serviços, sendo esta sua função cotidiana. Assim, será evitado nas unidades a sobrecarga uni nuclear e que atividades relativas ao núcleo profissional sejam relegadas ao segundo plano por falta de tempo para que sejam exercidas.

Percebe-se a precisão de investimentos de esforços nas pontes para a visibilidade das necessidades de saúde, com destaque para aquelas que são invisíveis, nos micros espaços de produção do cuidado na ESF. Assim, vale refletir que o cotidiano profissional é um convite para o entendimento de “modos de andar a vida diversos”, sendo primordial entregar-se ao desafio de não aceitar condutas estanques para realidades dinâmicas.

Nesta perspectiva, entende-se que para o suprimento de muitas das necessidades de saúde a articulação com profissionais de núcleos diferentes, demais serviços que compõe a rede de atenção à saúde, bem como com os dispositivos de cidadania da comunidade, é

premente. No entanto, mesmo que os entraves dificultem uma articulação intersetorial mais dinâmica e fluida, esta teoria permite-nos enxergar quantas pontes para o descobrimento/suprimento das necessidades de saúde podem ser criadas e outras reforçadas no micro espaço de cada ESF.

Também se sugere que os conceitos existentes na literatura, acerca das Necessidades de Saúde, sejam discutidos durante a formação dos profissionais de saúde, tanto nas universidades, como nos cursos técnicos e, sobretudo, nas capacitações para agentes comunitários de saúde. Podendo, a “Teoria da (in) visibilidade” contribuir para estas reflexões, uma vez que foi construída a partir dos significados atribuídos pelos profissionais que vivenciam no cotidiano o impacto da existência das Necessidades de Saúde.

Essa teoria, apresenta como uma de suas limitações a necessidade de aprofundamento acerca de quais são as necessidades de saúde dos profissionais de saúde, tendo em vista a saúde do trabalhador, o que poderá ampliar a variação do fenômeno estudado. Também não foram aprofundadas as questões referentes a dinâmica das necessidades quanto ao gênero, a idade e os contextos sociais que influenciam na existência, na vivência e significação das necessidades de saúde.

Dessa forma, finalizo minha dissertação de mestrado, a qual vejo como uma base para prosseguir meus caminhos como enfermeira pesquisadora, dando continuidade aos estudos acerca das necessidades de saúde em uma futura tese de doutorado.

Estudar acerca das necessidades de saúde ampliou meu olhar sobre o cuidado na interação com o outro ser humano cuidado, mas inquietações ainda borbulham no âmago de minha existência com as limitações que a este estudo são impostas. Pois, não foi abordada, devido ao tempo estimado para realização do estudo, a concepção dos usuários acerca das necessidades de saúde. Como os usuários “enxergam” as respostas dos serviços de saúde as suas necessidades? Considerando que é no encontro entre profissionais e usuários que se direcionam os caminhos para o descobrimento/suprimento das necessidades de saúde, faz-se necessário dar voz aos usuários do município de Itabirito – MG para melhor gestão da ESF.

O acolhimento “radar” surge como uma importante saída da invisibilidade, sendo promissor o aprofundamento desta reflexão, em estudos futuros, tendo em vista seu impacto para o alcance da integralidade da assistência na ESF.

Em suma, é investigando, refletindo, produzindo novos conhecimentos e sugerindo novos modos de agir em saúde que os pesquisadores podem afetar positivamente os rumos dos trabalhos produzidos na ESF.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. L. **Gerenciamento em enfermagem: formação e prática na perspectiva de egressos de uma universidade pública**. 2010. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.
- ANDRADE, C.S.; FRANCO, T.B.; FERREIRA, V.S.C. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. **Revista APS**, v. 10, n. 2, p. 106-115, 2007.
- AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade** v.13, n.3, p.16-29, set-dez, 2004.
- AYRES, J.R.C.M. **Prevenção de Agravos, Promoção da Saúde e Redução da Vulnerabilidade**. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VA, Castilho CG, Wen CL (orgs). Clínica Médica. 1a ed. Barueri: Manole; 2009. Vol. 1. p. 437-455.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional das Ações Básicas de Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, 1994.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional das Ações Básicas de Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a orientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 466/2012. Brasília: CNS, 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília (DF): MS; 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2488_21-out-11_politica_atencao.pdf
- BUSS, P. M. **Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003.
- 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.
- 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.

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 RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2001. p. 113-26.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa.** Porto alegre, 2009

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em Ciências Humanas e Sociais.** Petrópolis: Vozes, 2006.

CIAMPONE, M. H. T.; KURCGANT, P. O ensino de Administração de enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências. Brasília, **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 4, p. 401-407, 2004.

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.

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)

EGRY, E.Y; OLIVERA, M. A. C. **Marcos teóricos e conceituais de necessidades.** In: Egrý EY, organizadora. As necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone; 2008. p. 25-29.

FRANCO, TB; MERHY, EE. **Produção Imaginária da Demanda.** In: Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (orgs.) "Construção Social da Demanda"; IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 9 ed. Rio de Janeiro: Record, 2005. 107p.

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.

LIONELLO, C.D.L.; DURO, C.L.M.; SILVA, A.M.; WITT, R.R. O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária. **Rev Gaúcha Enferm.** v.33, n.4, p.103-110, 2012.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saude, Educ.** v.14, n.34, p. 593-605, 2010.

MARQUES, G.Q; LIMA, M.A.D.S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem** 2007 janeiro-fevereiro; 15(1)

MERHY, E.E. **Em busca do tempo perdido:** a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, editoras. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.p.71-112.

MERHY, E.E. **A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde:** uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, organizador. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p.103-20

MERHY, E. E. **A cartografia do trabalho vivo;** São Paulo, Hucitec, 2002.

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

OLIVEIRA, M. A. C. (Re)significando os projetos cuidativos da Enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 401-405, maio/junho, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS:** construindo as redes de atenção no SUS - contribuições para o debate. Brasília: OPAS; 2011.

OTHERO, M.B.; AYRES, J.R.C.M. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40,p.219-33, jan./mar. 2012.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. **Práticas Eficazes x Modelos Ideais:** Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde/ Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. 228p. ISBN 85-89737-33-3.

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

QUEIROZ, E.S; PENNA, C.M.M. **Atenção em Saúde: a construção cotidiana da integralidade no município de Catas Altas – MG.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

SANTOS, T.V.C.; PENNA, C. M.M. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.22, n.1, p. 149-56, jan./mar 2013.

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, S. S. B.S; SILVA, L.S; CARNEIRO, E.K.N; SABACK, M.A.M.C; CARVALHO, E.S.S. Processo de trabalho da equipe de enfermagem em unidades saúde da família em município baiano. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 27, n. 2, p. 101-107, maio/ago. 2013

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

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

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

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

VERNASQUE, J.RS; AYRES, J.R.C.M. **Determinantes sociais de saúde: os olhares dos profissionais da atenção básica do município de Marília – SP**. Dissertação de Mestrado, SP, 2010.

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. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface, Comunicação saúde educação**; 19(55):1089-100, 2015.

VIEGAS, S.M.F et al. |O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [2]: 769-784, 2010

APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PROFISSIONAIS

Gostaria de convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa intitulada “**Necessidades de saúde: concepções de profissionais 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 de profissionais e usuários da Atenção Primária a Saúde (APS) de Itabirito 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 e observação. Assim você responderá perguntas sobre o que você entende por necessidades de saúde e como o serviço responde as necessidades de saúde dos usuários. As respostas dadas serão gravadas, se assim for permitido, para ser o mais fidedigno a elas, estando à sua disposição para ouvir, 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 a transformação das práticas cotidianas dos serviços, podendo, este estudo incitar o debate as necessidades de saúde e a organização dos serviços, além de contribuir com o aprimoramento do cuidado na APS e com a elaboração de políticas públicas que tenham como enfoque central as reais necessidades de saúde dos usuários do SUS. 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 as declarações serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e veículos de divulgação científica, e as gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos. Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Você poderá contatar também o Comitê de Ética¹ para esclarecimentos sobre questões éticas em pesquisa. Esclareço também que você não terá nenhum gasto adicional e nem receberá qualquer tipo de bonificação. Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão. Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Assinatura: _____

¹Contatos: **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 Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867 ou 3409-9836. Escola de Enfermagem UFMG.



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

APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Exmo. Sr.

Secretário de Saúde.....

Município de Itabirito - MG

Venho por meio deste, solicitar sua autorização para realização da pesquisa intitulada “**Necessidades de saúde: concepções de profissionais e usuários da Atenção Primária a Saúde**” de responsabilidade da Prof.^a Dr.^a Cláudia Maria de Mattos Penna, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo tem por objetivo é compreender as concepções de necessidades de saúde de profissionais e 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 profissionais de saúde e usuários atendidos, convidados para participarem. Esclareço que a identificação do município será mantida em sigilo e as respostas fornecidas pelos entrevistados serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa.

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: _____

Data: ____/____/____

Nome: _____

Assinatura: _____

Cargo: _____

Instituição: _____

Documento: _____

Pesquisador: Cláudia Maria de Mattos Penna

Assinatura: _____

Telefones para contato: (31) 3409 9867

COEP/ UFMG: 3499 4592 – FAX: 3499 4027

APÊNDICE C - ROTEIROS DE ENTREVISTA

Roteiro de Entrevista Inicial

1. Profissão
2. Idade
3. Ano de formação
4. Pós-Graduação/ Curso de Capacitação - Em qual área?
5. Tempo de atuação na atenção básica?
6. O que você entende por necessidades de saúde?
7. Como o serviço responde as necessidades de saúde?

Roteiro de Entrevista Final

1. Profissão
2. Idade
3. Ano de formação
4. Pós-Graduação/ Curso de Capacitação - Em qual área?
5. Tempo de atuação na atenção básica?

6. O que você entende por necessidades de saúde?
 - a. E o que é esse todo da pessoa pra você?
 - b. Como as necessidades de saúde variam?
 - c. E você acha que as necessidades de saúde variam de pessoa pra pessoa? Como?

7. O que é uma pessoa em equilíbrio pra você?
 - a. Como esse equilíbrio se relaciona com as necessidades de saúde?
 - b. E você acha que é possível encontrar essa pessoa em equilíbrio no nosso cotidiano?
 - c. Você percebe que necessidade de saúde tem relação com um ser harmônico, com um ser em equilíbrio?
 - d. E ela estando em equilíbrio ela continua a buscar o centro de saúde?

8. Você acha que a necessidade de saúde ela corresponde a queixa que o paciente trás?
 - a. Quando não corresponde: Porque isso ocorre?

9. Qual a relação da necessidade de saúde e os espaços?
10. Como a sua prática se relaciona com as necessidades de saúde?
- E como que você identifica as necessidades de saúde?
 - Quais as habilidades necessárias para identificar as necessidades de saúde?
 - Como o atendimento multiprofissional se relaciona com as necessidades de saúde?
 - E como que você relaciona as necessidades de saúde com a visita domiciliar?
 - Quais as necessidades que você mais identifica aqui?
 - Você acha que tem necessidade de saúde que eu enxergo e necessidade de saúde que eu não enxergo?
11. Como o serviço responde as necessidades de saúde?
- Como as necessidades de saúde são abordadas no serviço?
 - O que é sair bem atendido?
 - Quais são os recursos que a gente tem pra atender as necessidades de saúde na atenção básica?
 - O que é necessário para suprir as necessidades de saúde?
 - Como a organização do processo de trabalho influencia na invisibilidade/invisibilidade das necessidades de saúde?
12. Como você relaciona o trabalho do ACS com as necessidades de saúde?
13. O que é acolhimento pra você?
- Como o acolhimento se relaciona com as necessidades de saúde?
14. O que é o vínculo pra você?
- Como o vínculo se relaciona com as necessidades de saúde?
15. O que é o cuidado pra você?
- Como esse cuidado se relaciona com as necessidades de saúde?
 - Como esse cuidado se relaciona com a sua prática na ESF?
 - O serviço oferecido na ESF tem atendido as necessidades do cuidado?

APÊNDICE D - EXEMPLOS DE DIAGRAMAS RELACIONAIS DESENVOLVIDOS

