ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v16i4.40371

ATENÇÃO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DE NECESSIDADES EM SAÚDE PARA USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA[1]

Amanda Rodrigues Garcia Palhoni*
Cláudia Maria de Mattos Penna**

RESUMO

Este estudo objetivou abordar a atenção à saúde, um dos elementos constituintes das necessidades em saúde, para usuários da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com referencial teórico no Interacionismo Simbólico e metodológico na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Foram entrevistados individualmente, a partir de um roteiro semiestruturado, 17 usuários de uma Unidade Básica de Saúde de um município de Minas Gerais, no período de fevereiro de 2016 a maio de 2017. A análise dos dados ocorreu por meio do processo de codificação Aberta, Axial e Seletiva, proposto pela TFD. Evidenciou-se que a atenção à saúde constitui necessidades em saúde, sendo representada principalmente pelo acolhimento, acesso e obtenção de respostas pelos usuários nos serviços. As demandas relacionadas às questões biológicas do corpo é o que faz os usuários a buscarem o serviço, mas o que esperam é uma atenção voltada não somente para a doença, mas acolhedora e zelosa. Os profissionais de saúde precisam estar atentos às questões subjetivas, como a importância do estabelecimento de relações afetivas com usuários para promover um cuidado que atenda as necessidades em saúde da população.

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

INTRODUÇÃO

A importância da Atenção Primária à Saúde (APS) para o Sistema de Saúde já é reconhecida, no âmbito nacional e internacional, e estudos mostram que serviços tendem a apresentarem melhores resultados e maior eficiência quando orientados por uma APS resolutiva[1-3].

O fortalecimento da APS constitui a base para a construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que visam enfrentar antigos e novos desafios na saúde e promover a integralidade do cuidado. Para a organização dos serviços com embasamento nas RAS, os profissionais devem ter como norte de suas ações as necessidades da população[1,2].

A Estratégia Saúde da Família (ESF), reconhecida como uma estratégia prioritária para a expansão e consolidação da APS no país, constitui um local propício para a detecção das necessidades de saúde, pois trabalha no território onde residem os usuários, procura estabelecer vínculos, prestar atenção integral e contínua e tem como propósito ações de promoção da saúde[4].

Entretanto, no Sistema Único de Saúde (SUS) ainda se pratica o modelo de gestão de oferta de serviços e, somente o conhecimento profundo da população é possível romper com a gestão baseada na oferta e instituir a gestão baseada nas necessidades de saúde da população[3].

Pesquisas realizadas por integrantes do Núcleo de Pesquisa sobre Cotidiano, Cultura Educação e Saúde (NUPCCES), no cotidiano de trabalhadores da APS, principalmente da ESF, nos últimos dez anos, mostraram resultados coincidentes: existe um discurso dos profissionais de reconhecimento da importância do atendimento das necessidades de saúde e do acolhimento da população para a integralidade do cuidado; entretanto, o fazer cotidiano mostra que ainda predomina a oferta de ações voltadas para a doença e para o atendimento de demandas espontâneas[5,6].

Um estudo realizado em quatro estados brasileiros: Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e São Paulo, mostrou que em diversos serviços de saúde pesquisados, a maioria deles na APS, ainda estão centrados em consultas individuais; valorizam a assistência médica; as consultas são rápidas e os profissionais estão mais preocupados em oferecer uma resposta pronta, reduzindo o seu raciocínio; tomam decisões voltadas para condutas já conhecidas e centradas na terapêutica de patologias; ocorrem muitos encaminhamentos, pedidos de exames e quase sempre há indicação de remédios[7].

Diante do exposto, nota-se que apesar de existirem

[1]Extraído da tese intitulada "TEORIA SOBRE NECESSIDADES EM SAÚDE PARA USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA", em andamento junto a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG

*Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: amandargpalhoni@yahoo.com.br.

**Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: cmpenna@enf.ufmg.br.

propostas políticas e um discurso profissional que orienta para a integralidade da atenção à saúde e práticas fundamentadas no sujeito, ainda há oferta de ações voltada para a doença e para a medicalização, sem considerar o cotidiano das pessoas e os espaços onde vivem, o que, por vezes, distancia das necessidades. Assim, **questiona-se**: quais os significados de necessidades em saúde dos usuários no cotidiano da ESF?

Compreender os significados de necessidades em saúde, mais especificamente no que se refere à concepção de atenção à saúde, poderá fomentar discussões para a construção do conhecimento científico nesse campo e servir de instrumento para profissionais planejar e organizar suas práticas de forma mais contextualizada com realidade dos indivíduos.

O alcance da integralidade do cuidado, que constitui um princípio doutrinário do SUS, bem como a efetivação das RAS, implicam no reconhecimento das necessidades de saúde da população por parte dos profissionais de saúde[2,8].

Parte-se do pressuposto que para a consolidação da APS, principalmente enquanto RAS e melhoria a assistência prestada, requer atender as necessidades das pessoas e para isso é importante compreender os significados atribuídos a elas para usuários da ESF. A partir de concepções de necessidades de saúde para usuários da ESF, estabeleceu-se como objetivo desse estudo abordar a atenção à saúde como um dos elementos constituintes das necessidades em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de natureza social, fundamentado metodologicamente na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e teoricamente no Interacionismo Simbólico (IS), para que pudesse compreender significados de necessidades de saúde na perspectiva de usuários da ESF e construir uma teorização sobre isso.

A TFD permite a construção de uma teoria baseada nos dados empíricos e sua utilização é adequada, quando existe a pretensão de compreender a realidade, as atitudes dos seres humanos, os significados atribuídos às situações, interações e experiências vivenciadas nos aspetos subjetivos do seu cotidiano[9], sendo pertinente sua utilização neste estudo.

O IS foi adotado como referencial teórico partindo do entendimento de que ele constitui uma perspectiva teórica que possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem e como tal processo de interpretação conduz o comportamento individual[10].

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da ESF de um município da região metropolitana de Minas Gerais, no período de fevereiro de 2016 a maio de 2017.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: usuários do sexo masculino e feminino, com idade igual ou superior a 18 anos; residentes na área de abrangência da UBS em que foi desenvolvida a pesquisa, independente do tempo de utilização; e que no ato da entrevista, possuísse condições de saúde para responder ao instrumento de coleta de dados.

Como estratégia para cooptar os sujeitos foi utilizada abordagem aleatória das pessoas que aguardavam por atendimento no momento da realização das entrevistas. As entrevistas foram realizadas de forma individual na própria UBS, em uma sala reservada que garantisse a privacidade dos participantes, e também no domicílio. Elas foram guiadas por um roteiro semiestruturado, com as seguintes perguntas iniciais: O que são necessidades de saúde para você? Quais são as suas necessidades de saúde?

A duração média das entrevistas foi de quinze minutos e os depoimentos foram gravados e transcritos na íntegra, sendo analisados seguindo as três etapas propostas da TFD[11]: codificação aberta, com leitura sistematizada das entrevistas e estabelecimento das categorias iniciais, codificação axial, em que buscou relacionar categorias às subcategorias procurando gerar explicações mais precisas e completas sobre os fenômenos e, por último, a codificação seletiva, que procedeu ao processo de refinamento e integração da teoria.

Da análise resultaram quatro conceitos: Concepções de Saúde, Demandas em Saúde, Atenção à Saúde e Organização dos Serviços de Saúde. Entretanto, neste estudo, serão apresentados somente os dados relacionados à categoria Atenção à Saúde. Uma importante fonte para nomear os dados ou as categorias na TFD e empregadas neste estudo, são os "códigos in vivo" que utiliza as mesmas palavras dos informantes, para denominá-los.

Após a coleta dos dados, visando diferenciar e caracterizar os sujeitos da pesquisa e preservar a sua identidade, as entrevistas foram enumeradas com a inicial "E" de entrevistado (a) acrescido de um número indicando a ordem em que foram incluídos no estudo (E01 a E17), além das letras M e F para indicar o sexo feminino ou masculino e outro número para indicar a idade em anos (E01, F, 33 anos).

Foram considerados todos os preceitos éticos que envolvem pesquisa com serem humanos segundo a Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais, CAAE - 41899115.0.0000.5149. Antes da entrevista, as informações pertinentes ao estudo foram explanadas pelo pesquisador, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 17 usuários (12 mulheres e 05 homens), com idade entre 21 a 67 anos. A maioria dos participantes era do sexo feminino, casados, com filhos e escolaridade até 2º grau completo.

Os resultados desta pesquisa é uma das concepções que compõe uma Teorização sobre Necessidades em Saúde, que mostra que as necessidades em saúde se fundamentam em conceitos de saúde, que aliados às demandas que conduzem os usuários até os serviços, indicam a Atenção à Saúde que se espera. Essa Atenção é o que precisa ser satisfeito no encontro com os profissionais para atender as necessidades em saúde e descreve formas de abordagens aos usuários, competências profissionais e aspectos a serem considerados no cuidado.

Para melhor identificação na apresentação dos resultados, a categoria será apresentada em negrito, as propriedades que a compõem estarão sublinhadas e os ‘‘códigos in vivo’’ em itálico.

Os dados mostraram que o que conduz os usuários até os serviços de saúde, geralmente são as demandas em saúde por questões biológicas do corpo e por atendimento, mas o que eles desejam é receber uma **Atenção à Saúde** que vai além do tratamento de doenças.

O fato dos usuários buscarem inicialmente nos serviços atendimento às questões biológicas, sob a ótica interacionista, pode ser explicado pelas experiências das pessoas, pois os significados atribuídos a um determinado fenômeno constituem um produto social. Pode ser assim entendido, seguindo a premissa estabelecida por Blumer de que ação é orientada por meio da relação com o mundo, relação esta que constitui a própria interação social e que orienta e é orientada por dinâmicas interpretativas[12].

A **Atenção à Saúde** é assim chamada neste estudo, pois é o que se espera no encontro com o profissional nos serviços de saúde. Os dados mostram que ela requer o acolhimento, que por sua vez, pode ser representado pelo código in vivo ‘‘Ser Recebido’’ que se relaciona à forma de abordagem e tratamento pelos profissionais:

> Aqui só tem profissionais que por mais que, dificuldade que possamos enfrentar que estão, como se diz, capacitados e prontos para acolher a hora que cê precisar (E01, F, 33 anos).

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

O bom profissional parece ser aquele que acolhe, zela e demonstra afeto, tendo isso grande significado para os indivíduos, sendo capaz de gerar repercussões positivas e terapêuticas para a sua saúde. Nota-se que os significados atribuídos às necessidades em saúde têm a ver com as vivências das pessoas nos serviços, na forma como elas se relacionam com os profissionais.

Os usuários foram bastante enfáticos de que deseja esse tipo de atenção como algo inerente ao cuidado, o que por sua vez constitui suas necessidades. Há uma busca por uma prática profissional mais acolhedora e humanizada, onde a escuta, o toque, o diálogo, o olhar e a sensibilidade se façam presentes nas relações[13].

Apesar de muitos usuários procurarem o serviço da ESF geralmente interessados em consultas médicas, especialistas e prescrição de medicamentos, eles esperam também uma assistência voltada para as subjetividades, relacionada às questões sociais e que requerem um cuidado que não seja somente voltado para a doença[5].

É preciso se atentar para a qualidade das relações interpessoais com os usuários, às questões mais subjetivas de cada indivíduo que busca pelo serviço. Entretanto, a prática de alguns profissionais parece ainda estar na ‘‘contramão’’ dessas necessidades ligadas à dimensão relacional, quando o olhar se direciona somente para a doença.

Em estudo sobre a ótica dos profissionais de saúde em relação ao acesso na APS, foi visto que existe uma afinidade entre esses profissionais com o trabalho executado, porém pouca sensibilidade nos movimentos do cotidiano no que tange às necessidades reais da comunidade e identificação de seus verdadeiros problemas para uma construção coletiva que melhore o acesso e que transforme em efetividade de bem-estar para a população[14].

Essa sensibilidade do profissional, o olhar capaz de ir além da doença é o que faz mais sentido para os

usuários. Entretanto, nem sempre eles são recebidos nos serviços da forma como se espera, principalmente em relação ao atendimento médico:

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

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

O bom profissional para o usuário, que vai fazer com que ele saia satisfeito da consulta é aquele que olha nos olhos, que se interessa, que é afetuoso e que o toca. Fica muito evidente que não basta apenas o saber e o fazer técnico, pois o usuário espera uma atenção individual zelosa e, muitas vezes se depara com um profissional médico frio, que se volta somente para tratar dos problemas físicos de saúde e isso gera um descompasso entre necessidades de quem procura pelo serviço e o que ele oferece.

Estudo sobre usuários na APS em um município do nordeste brasileiro mostrou que a forma de tratar pelo profissional revelou-se como questão central para o julgamento da qualidade da ESF, superando até mesmo a qualidade técnica[13]. O cuidado em saúde se inicia no encontro de subjetividades e, quando acontece pautado somente na doença, não contribui para a evolução da assistência à saúde e nem valoriza a individualidade de cada ser[15].

A atenção profissional e o olhar sensível destes se mostraram importantes, não somente nos serviços ofertados dentro da UBS, como também vinculado ao trabalho prestado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) no domicílio:

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

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

Houve reconhecimento da importância do papel dos ACS traduzidos por atitudes, que apesar de simples no cotidiano, como procurar saber como o outro está, passar para dar um bom dia e conversar, é repleta de significados. Uma característica da APS diferente de outros níveis de atenção é o reconhecimento do contexto e dinâmica familiar para bem avaliar e responder as necessidades de saúde de seus membros e, para isso, a equipe deve ter competência cultural e a orientação para a comunidade, que são facilitadas pela integração na equipe de membros da comunidade, que são os ACS[1].

Além de esperar "*Ser Recebido*" de forma afetuosa, como apresentado, busca-se sempre "Ser Atendido" (código in vivo), que se relaciona com ter acesso ou não ao atendimento profissional e à realização de procedimentos dos quais se precisa:

> Oh, a minha necessidade é essa que eu vim, transcrever receita e eu não consegui, né? Se eu não tivesse um remédio de reserva e ficar sem o remédio de pressão até segunda feira, eu ia ficar sem o remédio controlado até na segunda feira, né. Remédio cabo, né, vô me virar. Quer dizer, não passei pelo médico para consultar para poder passar um remédio para mim para dor. Estou com muita dor de cabeça, acordo assim sabe, com isso tudo aqui ardendo, muita dor de cabeça, que dizer, eu não consegui passar, estou desde 6:30 e não consegui passar, cê entendeu? (E06, F, 64 anos).

As concepções de necessidades em saúde se formam pelas experiências dos usuários no serviço, sejam elas positivas ou negativas. Uma vivência negativa, como dificuldades no acesso à consulta médica, interpôs barreira para o atendimento de uma necessidade. Alguns depoentes associam tais dificuldades ao grande volume de usuários nos serviços em relação ao pouco quantitativo de médicos, o que também demonstra uma relação entre acesso às consultas individuais e médicas, características de um modelo biomédico.

Estudo sobre avaliação do acesso em uma metrópole brasileira na perspectiva dos usuários da ESF mostrou resultados parecidos, em que o acesso é dificultado por problemas de organização; uso do acolhimento como barreira e falta de recursos humanos[16].

No encontro com os profissionais de saúde é importante o estabelecimento de Relação de Confiança entre profissionais e usuários:

> [...] é ir num lugar onde cê tem confiança, que cê está fazendo, ou melhor, o que o profissional está fazendo (E01, F, 33 anos).

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

> Vai, ah, ajuda muito a gente. Uma que ele vai, cê vai tendo confiança, né. É muito interessante, aí mesmo que demora uma consulta dois, três meses, mais cê vai vendo, aí cê vai abrindo mais com a pessoa, entendeu. A primeira consulta você nunca consegue se abrir por completo, aí depois você vai se abrindo, né, eu acho né, eu não sei se é por aí não, mas eu penso assim. Porque você não vai falar igual um papagaio para uma pessoa. Então cê vai, com o tempo, acho que cê vai conseguindo passa para a pessoa que eu diria que te aflige um pouco, né, eu acho que isso é muito bom, faz muita falta para mim. Então é muito bom para a gente. Ele também já confia na gente mais, ele já pode passar mais para a gente, entendeu? Eu acho isso muito bom, esse contato mais vezes é muito bom (E16, M, 67 anos).

Os dados mostram que a confiança é necessária para a potencialização do cuidado e que às vezes é preciso mais encontros entre profissionais e usuários para que ela aconteça. O vínculo é uma relação que se baseia na confiança e sugere a ideia de interdependência e relações de troca, fundamentais para a adesão e continuidade do tratamento[17].

Estudos reconhecem a importância do vínculo e da escuta apurada dos profissionais para a satisfação das necessidades de saúde[18-20]. A ESF constitui local propício para a vinculação e consequentemente para estabelecer relações consistentes, mas os profissionais precisam estar dispostos e dar abertura para que isso aconteça.

Profissionais e usuários se encontram em constante relacionamento, construindo símbolos e significados decorrentes das interações. A interação entre eles, mediante os pressupostos do IS como ponto reflexivo, fomenta novas possibilidades para o cuidado interativo, de forma contextualizada com a realidade[15].

A **Atenção à Saúde** descreve também as Competências Profissionais necessárias para a assistência, que variam em habilidades tanto técnicas quanto humanas. As competências técnicas seriam qualificação, experiência e responsabilidade profissional, de forma que dê conta de dar respostas às desordens físicas, já as competências humanas, que foram as mais significativas, requerem habilidades dos profissionais e abertura para as questões subjetivas dos usuários:

> Eu acho que ele deve conversar, sentar, explicar, né, a pessoa ouvir o paciente, e principalmente dá atenção [...] (E02, F, 41 anos).

Espera-se um perfil profissional capaz de atender as necessidades subjetivas, que esteja aberto ao diálogo, que saiba ouvir, orientar e que dê atenção.

A **Atenção à Saúde** requer resposta ao que se busca, sendo representada pelo código in vivo "*Sair com a Resposta*".

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

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

> Então se busca por um atendimento resolutivo, que seja capaz de responder as necessidades em saúde. Entretanto, outros depoimentos evidenciam que nem sempre se consegue a resposta no sistema público de saúde e em tempo hábil, principalmente em relação às consultas especializadas e a determinados exames:
> A necessidade que eu acho assim... é quando a gente vem é sobre o atendimento mesmo, até do próprio profissional, tipo assim igual eu já tive pessoas tipo assim se a gente vai fazer um exame, mas que fosse uma coisa mais rápida por exemplo, eu quero fazer um exame cê chega lá né? Mesmo que coisa é muito demorado tem vez que você tem que pagar o exame particular porque o atendimento vai demorar muito, muitas vezes vai sair e você não tem necessidade daquilo mais (E08, F, 54 anos).

A necessidade de atendimento em tempo hábil surge diante de uma experiência de demora no serviço que, quando acontece, pode fazer com que esse usuário busque outras formas de saná-la, como recorrer ao sistema suplementar de saúde. Os usuários demonstraram dificuldades, em relação aos serviços de

saúde, semelhantes à dessa pesquisa sobre a insatisfação com a falta de especialistas; barreiras de acesso a especialidades e demora no atendimento seja no nível secundário de atenção ou na própria atenção primária[13].

Outro elemento da **Atenção à Saúde** é a Informação, que se refere ao usuário tomar conhecimento de coisas relevantes para sua saúde. Algo enfatizado e, particular à APS, foi a importância do papel dos ACS em levar informações no domicílio:

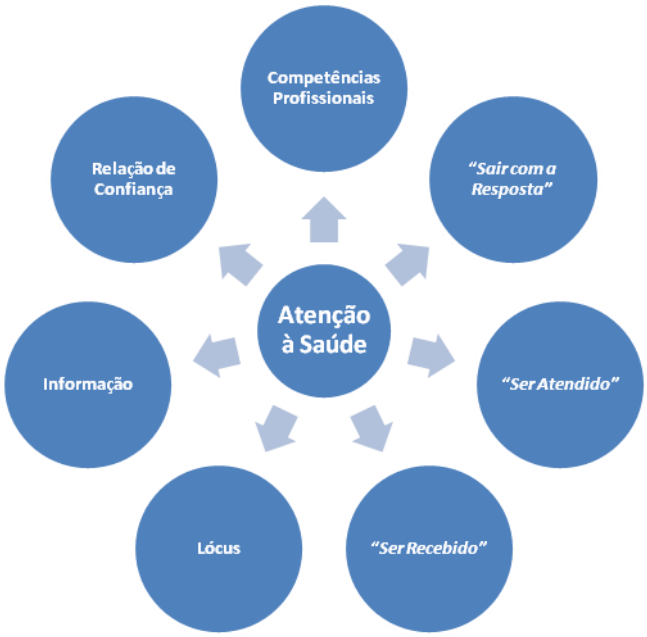
> Ah, como eu te falei eu gosto muito do atendimento aqui no C. (nome do serviço), né? A gente tem agente de saúde, a minha em específico, ela dá um retorno bacana, ela vai até a nossa casa, ela passa para a gente informações até através de celular mesmo (E05, F, 26 anos).

Ao se manter informado o usuário tem condições de cuidar melhor da sua saúde, com mais consciência. O ACS, por estar na comunidade, tem essa facilidade em levar a informação na casa das pessoas atendendo assim suas necessidades.

O Lócus desse atendimento mostra-se não restringir somente aos serviços de saúde como na UBS, Policlínica e Hospital, mas também no domicílio.

A Figura 1 abaixo mostra a relação das propriedades apresentadas com a categoria:

Figura 1. Categoria Atenção à Saúde com suas propriedades.



Fonte: Dados da pesquisa (2016-2017).

Dessa forma, a Atenção à Saúde é definida pelos usuários como ser recebido, ser atendido e sair com as respostas dos serviços de saúde e, está associada ao recebimento de informações, às competências profissionais e às relações estabelecidas com os profissionais e pode acontecer nos serviços ou na comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender as Necessidades em Saúde dos usuários da ESF em relação à Atenção à Saúde é importante para a reflexão do fazer em saúde adequado à realidade dos que estão envolvidos no cuidado.

Este estudo mostra que é preciso considerar questões mais subjetivas, como a importância do estabelecimento de relações afetivas e de confiança entre usuários e profissionais para promover um cuidado que atenda as necessidades em saúde da população.

Como limitações naturais do estudo, podemos destacar que por ser pesquisa qualitativa, os resultados não podem ser generalizados, entretanto o estudo pode ter grande contribuição no sentido de despertar os profissionais para o desempenho de suas práticas com o foco ainda na doença e que requerem uma atenção à saúde baseada nas pessoas, na humanização e no estabelecimento de relações de confiança.

Assim, os significados de necessidades em saúde em relação a um de seus elementos constituintes, a Atenção à Saúde, são indicativos a serem considerados no planejamento e organização dos serviços de saúde

tanto no sentido de repensar no cuidado que já vem sendo ofertado, como no sentido de ampliar ações que contemplem outras necessidades com base nas experiências e interações dos indivíduos.

Assim, acreditamos que este estudo sobre necessidades em relação à Atenção à Saúde, que leva em consideração as premissas do IS, pode possibilitar um cuidado mais contextualizado e adequado à realidade dos indivíduos, o que de certa forma constitui um caminho para se atender as necessidades em saúde, podendo contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

HEALTH CARE IN THE CONSTITUTION OF HEALTH NEEDS FOR USERS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT

This study aimed to address the healthcare, one of the components of health needs, to users of the family health strategy. It is a qualitative research with theoretical in symbolic interactionism and methodology in theory Based on data (TFD). Were interviewed individually, from a screenplay semi-structured, 17 users of a Basic Health Unit of a municipality in Minas Gerais, in the period from February 2016 to May 2017. Data analysis occurred through the encoding process Open, Axial and selective, proposed by TFD. Showed that health care is health needs, being represented mainly by the host, access and obtain responses by users in the services. The demands related to biological issues of the body is what makes users to seek the service, but what they hope is a conscious not only the disease, but warm and zealous. Health professionals need to be aware of the subjective issues, such as the importance of establishing relationships with users to promote a care that meets the health needs of the population.

Keywords: Needs assessment. Health services needs and demand. Primary Health Care.

ATENCIÓN A LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN DE NECESIDADES EN SALUD PARA USUARIOS DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

RESUMEN

Este estudio tuvo el objetivo de tratar sobre la atención a la salud, uno de los elementos constituyentes de las necesidades en salud, para usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. Se trata de una investigación cualitativa, con referencial teórico en el Interaccionismo Simbólico y metodológico en la Teoría Fundamentada en los Datos (TFD). Se entrevistaron individualmente, a partir de un guión semiestructurado, 17 usuarios de una Unidad Básica de Salud de un municipio de Minas Gerais, en el período de febrero de 2016 a mayo de 2017. El análisis de los datos ocurrió por medio del proceso de codificación Abierta, Axial y Selectiva, propuesto por la TFD. Se evidenció que la atención a la salud constituye necesidades en salud, siendo representada principalmente por la acogida, acceso y obtención de respuestas por los usuarios en los servicios. Las demandas relacionadas a las cuestiones biológicas del cuerpo es lo que hace que los usuarios busquen el servicio, pero lo que esperan es una atención dirigida no solo a la enfermedad, sino acogedora y celosa. Los profesionales de la salud deben estar atentos a las cuestiones subjetivas, como la importancia del establecimiento de relaciones afectivas con los usuarios para promover un cuidado que atienda las necesidades en salud de la población.

Palabras clave: Determinación de necesidades de cuidados de salud. Necesidades y demandas de servicios de salud. Atención Primaria a la Salud.

REFERÊNCIAS

1. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: Cebes; 2012.
2. Giovanlla L, Stegmüller K. Tendências de reformas da atenção primária à saúde em países europeus. J Manag Prim Health Care [Online]. 2014 [citado em 15 out 2015]; 5(1):101-13. Disponível em:: http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/203/206.
3. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde: introdução. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015.
4. Ministério da Saúde (BR), Portaria GM/MS 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) [on-line]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado em 15 out 2015]. Disponível em:: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
5. Santos TVC, Penna CMM. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. Texto contexto-enferm [on-line]. 2013 mar [citado em 15 out 2015]; 22(1):149-56. Disponível em:: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_18.pdf.
6. Penna CMM, Faria RSR, Rezende GP. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? REME Rev Min Enferm [on-line]. 2014 out/dez [citado em 15 out 2015]; 18(4):815-22. Disponível em:: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/965
7. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes RG, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. Cad Saúde Pública [on-line]. 2010 mai [citado em 15 out 2015]; 26(5):961-70. Disponível em:: http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/18.pdf.
8. Viegas SMF, Penna CMM. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. Interface comum saúde educ. [on-line]. 2015 out/dez [citado em 15 out 2015]; 19(55):1089-100. Disponível em:: http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220140275.pdf.
9. Baggio MA, Erdmann AL. Teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. Referência [on-line]. 2011 mar [citado em 15 out 2015]; 3(3):177-88.

Disponível em:: http://www.redalyc.org/pdf/3882/388239962018.pdf.

10. Carvalho VD, Borges LO, Rêgo DP. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social. Psicol Ciênc Prof [on-line]. 2010 [citado em 15 out 2015]; 30(1):146-61. Disponível em:: http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a11.pdf.

11. Strauss A Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2nd ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

12. Ennes MA. Interacionismo Simbólico: contribuições para se pensar os processos indentidários. Perspectivas [Online]. 2013 jan/jun [citado em 2017 dez 04]; 43(n. esp.):63-81. Disponível em: http://piwik.seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/viewFile/5956/4859.

13. Arruda CAM, Bosi MLM. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. Interface (Botucatu)[Online]. 2017 [citado em 2017 dez 04]; 21(61):321-32. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/1807-5762-icse-1807-576220150479.pdf.

14. Barbosa SP, Elizeu TS, Penna CMM. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. Ciênc Saúde coletiva [on-line]. 2013 ago [citado em 15 out 2015]; 18(8):2347-57. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/19.pdf.

15. Faller JW, Marcon SS. Práticas socioculturais e de cuidado á saúde de idosos em diferentes etnias. Esc. Anna Nery [impr.] 2013 jul/set [citado em 15 out 2017]; 17(3):512-19.

16. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. Saúde Debate [on-line]. 2014 out [citado em 15 out 2015]; 38(n. esp.):252-64. Disponível em:: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf.

17. Barroso VG, Penna CMM. Sentimento de Pertencimento na Constituição do Vínculo em uma Autogestão de Saúde Suplementar. Cienc Cuid Saúde [Online]. 2016 out/dez [citado em 2017 dez 04]; 15(4):616-623. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/33385.

18. Storino LP, Souza KV, Silva KL. Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vinculo como potencializadores da integralidade. Esc Anna Nery Rev Enferm [on-line]. 2013 set/dez. [citado em 2015 out]; 17(4):638-45. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0638.pdf .

19. Franco FA, Hino P, Nichiata LYI, Bertolozzi MR. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. Escola Anna Nery Rev Enferm [on-line]. 2012 mar [citado em 2015 out]; 16(1):157-62. Disponível em:: http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a21.pdf .

20. Cavalcanti JRD, Ferreira JA, Henriques AHB, Morais GSN, Trigueiro JVS, Torquato IMB. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. Esc Anna Nery Rev Enferm [on-line]. 2014 out/dez [citado em 2015 out]; 18(4):628-34. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0628.pdf .

Endereço para correspondência: Amanda Rodrigues Garcia Palhoni. Alameda Beija Flor, 27, Residencial Sul, Nova Lima, Minas Gerais, Brasil. CEP: 34004-312 – Telefone: (31)991557136. E-mail: amandargpalhoni@yahoo.com.br.

Data de recebimento: 06/09/2017
Data de aprovação: 20/12/2017