

## A (IN) VISIBILIDADE DAS NECESSIDADES DE SAÚDE<sup>1</sup>

Elaine Miguel Delvivo Farão\*  
Claudia Maria de Mattos Penna\*\*

### RESUMO

**Objetivo:** construir uma teorização acerca do significado das necessidades de saúde dos usuários, para profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Método: estudo qualitativo fundamentado no referencial teórico do Interacionismo Simbólico (IS) e metodológico na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro de 2015, sendo entrevistados 20 profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária a Saúde (APS) de um município do interior de Minas Gerais. Conforme a TFD, os dados foram analisados comparativamente por meio do processo de codificação aberta, axial e seletiva. Resultados: As análises e conexões entre as categorias: *A visibilidade das necessidades*, *A Invisibilidades das Necessidades* e *O Cuidado Integrado das Necessidades de Saúde na APS* evidenciaram a categoria central que constitui a concepção teórica deste estudo, denominada "A (in) visibilidade das necessidades de saúde: a dinamicidade do *'convívio nosso com o mundo'*". Considerações finais: as necessidades de saúde transitam entre a visibilidade e a invisibilidade, na perspectiva dos profissionais, sendo permeadas pelo cuidado que acontece no cotidiano da APS. Destaca-se o acolhimento como uma estratégia para alcançar a integralidade no cuidado tanto de necessidades de saúde visíveis como das invisíveis.

**Palavras-chave:** Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. Integralidade em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Acolhimento.

### INTRODUÇÃO

Atenção Primária a Saúde (APS) caracteriza-se por ser a porta de entrada preferencial do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(1)</sup>. Neste contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta-se como um modelo de atenção para a efetivação prática dos princípios norteadores do SUS, possibilitando uma relação terapêutica, com espaço para o diálogo entre profissionais e usuários<sup>(2)</sup>.

Apesar do potencial que a ESF possui de superação do modelo biologicista de cuidado, constata-se que mesmo nesta metodologia de trabalho em saúde ainda existem muitas situações de cuidado nas quais predominam práticas assistenciais direcionadas para o atendimento das demandas clínicas dos usuários, resumindo as necessidades de saúde à esfera biológica<sup>(1-3)</sup>.

As práticas em saúde são direcionadas pelas formas de compreender o mundo dos indivíduos. Nesta linha de raciocínio compreende-se que o encontro de cuidado entre profissional e usuário-família-comunidade é desafiador, pois possibilita o encontro ou o

desencontro de dois mundos de significados simbólicos<sup>(3)</sup>.

Entende-se que o usuário busca o serviço de saúde por diferentes motivos e causas, sendo possuidor de múltiplas necessidades em diferentes contextos históricos, econômicos e sociais<sup>(4)</sup>.

Estudos demonstram que o significado de necessidades de saúde está no cerne da elaboração das políticas públicas de saúde e nas diretrizes para o alcance da integralidade no âmbito do SUS<sup>(3,5,6)</sup>.

Dessa forma, as necessidades de saúde têm sido objeto de estudos nacionais e internacionais, sendo o conceito discutido tanto na perspectiva de orientar a operacionalização da atenção à saúde dos indivíduos nos serviços, como, em uma análise mais ampla, na busca da integralidade, tendo o usuário e seu modo de viver na sociedade como centro do cuidado<sup>(3-7)</sup>.

No entanto, ainda observam-se lacunas na compreensão do significado das necessidades de saúde, pois no cotidiano dos serviços o cuidado tem sido direcionado para as causas clínicas que envolvem o adoecimento do indivíduo, sendo, na prática, as necessidades de saúde resumidas às

<sup>1</sup>Extrato da dissertação, intitulada "Necessidades de Saúde na Perspectiva dos Profissionais de Saúde", apresentada ao Programa Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, no ano de 2016.

\*Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG. Professora no Campus Coxim da UFMS. Coxim, MS, Brasil. E-mail: elaine.delvivo@ufms.br ORCID ID: 0000-0002-8089-9196.

\*\*Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: ompenna@enf.ufmg.br. ORCID ID: 0000 - 0001 - 5277 - 2860.

demandas dos usuários, em uma lógica biologicista de cuidado<sup>(3,5,7)</sup>.

As práticas assistenciais e os serviços de saúde ofertados são voltados para aquilo que os profissionais compreendem como necessidades de saúde dos usuários<sup>(3,6)</sup>. Desta forma, o significado atribuído pelo profissional de saúde às necessidades dos usuários influenciará no cuidado ofertado e nos serviços planejados para a assistência à saúde dos indivíduos<sup>(5-7)</sup>.

Assim, questiona-se: quais os significados atribuídos pelo profissional de saúde que atua na APS às necessidades de saúde? Como o significado atribuído por ele interfere em sua prática profissional neste contexto?

Considera-se que pesquisara cerca das concepções de necessidades de saúde é fundamental para a compreensão e o avanço no planejamento e na gestão do cuidado, viabilizando práticas que considerem a singularidade dos sujeitos e que tragam resolutividade no âmbito da APS, em busca da integralidade no cuidado<sup>(7)</sup>.

Dessa forma, este estudo teve por objetivo construir uma teorização acerca do significado das necessidades de saúde dos usuários, para profissionais da ESF.

## METODOLOGIA

A fundamentação metodológica deste estudo, tendo em vista a construção de uma teorização, consistiu na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), sendo o Interacionismo Simbólico (IS) o referencial teórico utilizado para a concepção do projeto, coleta e análise dos dados<sup>(8-9)</sup>.

Participaram da pesquisa profissionais de saúde de cinco equipes da ESF (médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde), em um município do interior de Minas Gerais.

Foram entrevistados profissionais em cinco centros de saúde do município, de equipes de saúde da família diversificadas, tendo em vista a composição da amostragem teórica deste estudo<sup>(8)</sup>. Para a composição da amostragem relacional e variacional<sup>(8)</sup>, foi questionado: Como o acolhimento varia de uma unidade de saúde para a outra? Como ocorre o cuidado das necessidades de saúde por cada equipe?

A diversificação entre as unidades e as

equipes foi fundamental para a variação das significações referentes ao fenômeno estudado, pois cada unidade de saúde possuía processos diferentes de trabalho e situações de cuidado diversificadas na comunidade, possibilitando esclarecimentos, especificações e consistência para a teoria desenvolvida<sup>(8-9)</sup>.

As entrevistas foram apresentadas em siglas definidas pela categoria profissional, conforme segue: Enfermeiro (Enf), Médicos (Méd), Técnicos de Enfermagem (TE) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo numeradas conforme ordem de realização da entrevista. Os dados foram coletados até a saturação teórica dos dados, ou seja, não haviam novas informações no conjunto de dados coletados que fossem relevantes para os constructos teóricos, com alcance de consistência e fundamentação da teoria desenvolvida com base nos dados<sup>(8-9)</sup>.

A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista, realizada em sala reservada na unidade de saúde, com duração média de quarenta minutos. Os dados foram coletados por um pesquisador com experiência em pesquisa qualitativa. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, sendo a análise concomitante à coleta de dados. 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 do usuário?

A observação do momento da entrevista e as reflexões teóricas e metodológicas do estudo fundamentaram a construção dos registros denominados memorandos<sup>(8)</sup>. Os memorandos foram redigidos por meio de textos corridos com reflexões do pesquisador acerca de cada entrevista realizada, denominados notas teóricas<sup>(8)</sup>. Ao final de cada análise dos dados, foram registrados os questionamentos que direcionariam a próxima coleta de dados, que consistiram em notas operacionais<sup>(8)</sup>. Os memorandos também possibilitaram o direcionamento do pesquisador durante a realização de comparações entre os dados coletados, contribuindo para a identificação das propriedades e para a construção dos diagramas analíticos<sup>(8)</sup>.

Os primeiros diagramas analíticos eram apenas listagens em tabelas de códigos, contudo, conforme a realização da análise, os diagramas

evoluíram para esquemas visuais, sendo possível interligar conceitos e assim fazer emergir a teoria central<sup>(8)</sup>.

Os dados foram coletados no período de julho a setembro de 2015 e foram analisados em três etapas: codificação aberta dos dados, codificação axial e a codificação seletiva<sup>(8)</sup>.

Na codificação aberta, foi realizada a leitura de linha por linha da entrevista transcrita, sendo possível identificar fenômenos e agrupá-los em categorias<sup>(8)</sup>. Dessa forma a entrevista foi organizada em tabela, na qual os parágrafos eram sublinhados e os códigos separados por cores.

Já na codificação axial, as categorias foram organizadas em tabelas que relacionaram os códigos com as categorias, permitindo uma melhor visualização do eixo comum e da variação dimensional, possibilitando a conexão entre as categorias com as subcategorias<sup>(8)</sup>.

Para o aprimoramento da teorização, faz-se necessária a codificação seletiva, que permite a integração de todas as categorias e suas essências, viabilizando o surgimento de uma categorização central<sup>(8)</sup>. Desse modo, foram interligadas conceitualmente as categorias: A visibilidade das Necessidades, A Invisibilidades das Necessidades e O Cuidado Integrado das Necessidades de Saúde na APS, possibilitando a construção da teoria apresentada neste estudo.

Foram seguidos os preceitos fundamentais da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a realização de pesquisas com seres humanos no Brasil. Assim, foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias de igual teor assinado pelo pesquisador e entrevistado.

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.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 20 profissionais de saúde. O tempo de formação dos profissionais variou entre 2 e 30 anos, e a idade variou entre 28 e 48 anos, o que possibilitou a análise de perspectivas construídas a partir de vivências e experiências em contextos diferentes, tanto do sistema de saúde como da vida<sup>(8)</sup>.

A categoria central que constitui a concepção teórica foi denominada neste estudo como “A (in) visibilidade das necessidades de saúde: a dinamicidade do *‘convívio nosso com o mundo’*”, foi construída por meio de análises e conexões, sob a luz do IS, entre as categorias: A visibilidade das necessidades, A Invisibilidades das Necessidades e O Cuidado Integrado das Necessidades de Saúde na APS<sup>(8-9)</sup>.

Desta forma, para melhor compreensão da teorização, as categorias serão apresentadas em negrito e os “*códigos in vivo*” escritos em itálico<sup>(8)</sup>.

**A visibilidade das necessidades** relaciona-se diretamente com o enfoque orgânico construído, tanto na formação do profissional como no cuidado prestado em sua atuação na ESF. Dessa forma, as necessidades visíveis relacionam-se ao bem-estar corporal do indivíduo, tanto na prevenção de doenças como no tratamento e na reabilitação, e são reconhecidas como carências dos usuários que demandam atenção imediata dos profissionais no contexto da APS<sup>(3,4)</sup>. Esta visibilidade está associada às condições clínicas do corpo que direcionam inicialmente o usuário a buscar pelo cuidado no serviço de saúde, como evidenciado nos dados que seguem:

Necessidades de saúde é quando pessoa está em bem-estar físico, vamos dizer assim vulgarmente a ausência de doenças, caracterizada {por} se eu estou com bem estar físico[...] (Enf - 12)

Eu acho assim a partir do momento que a pessoa tem uma queixa ela tem a necessidade de buscar o serviço de saúde (TE - 05).

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 (ACS - 07).

Constata-se que as necessidades são visíveis aos profissionais, pois são demonstradas por meio das queixas apresentadas pelos usuários ao adentrarem ao serviço de saúde. Já as *necessidades invisíveis* são aquelas que não encontram espaço para serem ouvidas, por não serem parte dos serviços ofertados na unidade e não pertencerem a nenhuma patologia específica, portanto permanecem ocultas e sem cuidado.

**A Invisibilidades das Necessidades** dos usuários é constatada no cotidiano dos serviços

de saúde pelos profissionais, sendo necessária a utilização de estratégias para que o cuidado aconteça. Dessa forma, o profissional de saúde, que acolhe o indivíduo, percebe que há outras necessidades além da demanda apresentada, contudo, estas necessidades permanecem na invisibilidade até que o vínculo seja estabelecido<sup>(7,10)</sup>.

A gente só de olhar para o paciente vê que ele está com problema, é assim, problema invisível, a gente sabe que ele está 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 (Enf -17).

Observa-se que se o profissional não se comprometer a buscar o que está além das queixas orgânicas, as necessidades permanecerão na invisibilidade. Assim, o descobrimento destas necessidades invisíveis exige do profissional uma conduta centrada no usuário, pois há diferentes construções simbólicas, permeadas pelas vivências das necessidades de saúde na sociedade<sup>(3-4)</sup>. Dessa forma, em uma perspectiva interacionista, o cuidado precisa abarcar a subjetividade do indivíduo, a dinamicidade ao longo da vida, a interação dos indivíduos, a variação dos contextos e a relação familiar<sup>(9)</sup>.

Ah eu acho que às vezes varia, tipo às vezes um {mesmo} problema para duas famílias pode ser visto de forma diferente, entendeu? Às vezes duas famílias estão com aquele mesmo problema, mas dependendo do meio educacional, meio social, pode dá uma reviravolta. E 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).

É o paciente é um todo, 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, é o convívio nosso com o mundo (ACS - 18).

A construção simbólica do indivíduo, assim como a relação com seu próprio eu na sociedade, incluindo o serviço de saúde o qual frequenta, conforme premissas do IS, é percebido pelos

profissionais como influenciador no modo de buscar por cuidados do indivíduo<sup>(3,9)</sup>:

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

Na APS, o usuário precisa receber **cuidado integrado** das *necessidades visíveis* com as *necessidades invisíveis*.

**O cuidado integrado das necessidades na APS** é constituído tanto pelos aspectos que envolvem o **Descobrimeto/suprimento das necessidades de saúde** como pelos obstáculos a este descobrimento, denominados nesse estudo como **Entraves a visibilidade/suprimento das necessidades de saúde**.

**O Descobrimeto/suprimento das necessidades de saúde** pressupõe que para as necessidades de saúde serem cuidadas, elas precisam sair da invisibilidade, tornando-se necessidades cuidáveis.

Para que as necessidades de saúde sejam cuidáveis e a integralidade seja alcançada, faz-se necessário o vínculo do usuário com uma equipe multiprofissional acolhedora, com ações articuladas na sociedade, aplicando na prática a escuta ativa e a intersectorialidade<sup>(2-4)</sup>.

Acho que na prática como enfermeiro mais importante é ouvir o usuário, 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 estar aqui na unidade procurando o serviço de saúde, eles que são a linha de frente ali, que fala "oh isso aqui está errado", porque a gente está 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, a gente já sabe que aquele paciente quer, que ele não quer, às vezes ele mal chega lá e a gente já sabe até o que ele está sentindo. Porque a partir do momento que a gente cria o vínculo com a pessoa, a gente vai saber, ela vai se abrir mais

com a gente e a gente vai saber o que realmente ela necessita (TE -19)

Além do vínculo, abre-se o leque para a importância da atuação multiprofissional na ESF, sendo possível a articulação e o uso da criatividade no cuidado único que surge, conforme o IS, com cada usuário que adentra as portas da unidade de saúde<sup>(2,4,10)</sup>.

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

Destaca-se, neste descobrimento das necessidades de saúde, o acolhimento que funcione como um *radar*, portanto deve ser capaz de captar tudo que está sendo significado pelo sujeito por meio de sua linguagem, seja verbal ou corporal, possibilitando o estabelecimento de vínculo e maior resolutividade na assistência ofertada na APS<sup>(10-11)</sup>.

Conhecer, conhecer e começar rastrear, ir pra um lado e para o outro, guiar um pouco o paciente. Você enxerga o paciente como um todo, mas a

gente vai focando a partir das necessidades dele (Méd - 09).

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).

Para conhecer as *Necessidades Invisíveis*, o *Acolhimento Radar* precisa extrapolar as condutas prontas e padronizadas, buscando o significado do que está sendo dito quando o usuário traduz por meio de diversas formas de expressão suas necessidades, a partir de suas construções simbólicas<sup>(3,4,9,12)</sup>. Dessa forma, na busca das *Necessidades Invisíveis* é possível alcançar êxito por meio do estabelecimento de vínculo com empatia, olhar atento e valorização de toda singularidade que permeia o encontro de cuidado<sup>(2-4)</sup>.

Para tanto, propõe-se uma estratégia para que as necessidades de saúde saiam da invisibilidade e sejam cuidadas, representada no diagrama a seguir:



**Figura 1.** Estratégia para o “descobrimento” das necessidades cuidáveis.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2015.

Observa-se que a *necessidade invisível* poderá ser alcançada por meio de um *acolhimento radar*, operacionalizado por uma

*equipe multiprofissional acolhedora* que busque o *vínculo*, transformando as *necessidades invisíveis* em *necessidades cuidáveis*.

Dessa forma, as questões antes não abordadas pelos profissionais, rotuladas como problemas orgânicos de complexidade clínica, poderão ser cuidadas de forma mais abrangentes, conhecendo a dinâmica de vida das famílias no próprio território por meio da visita domiciliar, sem uma rotulação prévia e conduta pré-estabelecida por protocolos rígidos<sup>(4,7)</sup>.

A visita domiciliar? De profunda importância, porque a gente vai está indo ali, vendo a realidade não só daquele paciente, 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 {causada por} algum morador ali dentro (Enf -16).

Porém, o cuidado dos indivíduos envolve toda a complexidade de operacionalização dos serviços de saúde, como inúmeras demandas, metas propostas pela gestão e com prazos para serem cumpridos, bem como a redução do número de profissionais, com consequente sobrecarga da APS<sup>(4)</sup>.

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 esta precisando de cuidados. Que a gente dá conta, mas assim às vezes, não dá aquela conta de forma integral, não tem um acompanhamento integral (Enf - 08).

Os principais obstáculos para alcançar o cuidado integral da soma das necessidades visíveis com as invisíveis, são descritos nos **Entraves a visibilidade/suprimento das necessidades de saúde**, da qual são propriedades, ou seja, características fundamentais, a *prisão na clínica*, a *sobrecarga do sistema* e o *engessamento burocrático* do qual faz parte o *acolhimento como crivo da funcionalidade*.

Então são os profissionais da enfermagem que vão 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 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).

Na dimensão do acolhimento como *crivo* há uma relação de hierarquia entre as necessidades dos sujeitos que buscam o serviço de saúde, sendo acolhidas aquelas que são biológicas e visíveis aos olhos do profissional que realiza a triagem<sup>(4,10-11)</sup>. Por sua vez, as necessidades que se distanciam da doença, como as que envolvem a família, o lugar do indivíduo na sociedade em uma perspectiva interacionista, são relegadas a permanecerem na invisibilidade, pois não possuem espaço de cuidado na APS.

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. Está resfriado, por exemplo, orienta, passa analgésico, entendeu, umas coisas assim que eu vejo que não tem resolutividade (Méd - 20).

A existência de tantos obstáculos cotidianos dificulta a aplicação de uma prática interdisciplinar voltada para a integralidade do cuidado. Além disso, há uma *prisão na clínica* com predominância do olhar biologicista<sup>(3-7)</sup>.

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

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 para abordar, mesmo se for um paciente com muitas queixas entendeu? (Méd - 20).

A alta demanda e o tempo cronometrado disponibilizado para o atendimento, contribuem para uma atenção à saúde centrada no profissional<sup>(4)</sup>. Nesta linha de pensamento, o acolhimento perde sua essência e diminui sua capacidade, já que realiza apenas a triagem e a classificação para garantir e agilizar os agendamentos de atendimentos médicos<sup>(4)</sup>.

O cuidado direcionado somente para a doença instaura uma contraposição cotidiana a um dos pressupostos da existência do acolhimento nos serviços de saúde, que é garantir o acesso universal e contribuir para que os princípios do SUS sejam efetivados na prática dos serviços<sup>(4,10-12)</sup>.

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 por médico(ACS - 03).

A dimensão *Acolhimento como crivo da funcionalidade* favorece a organização das demandas, mas por ser realizado de forma mecanizada também dificulta o cuidado integral das necessidades de saúde dos indivíduos pelos profissionais de saúde, sendo resumido à triagem<sup>(4,10-12)</sup>.

Hoje eu acho que o acolhimento para 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 está tomando muito tempo do profissional de saúde [...]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).

O *acolhimento radar* e o *acolhimento como crivo da funcionalidade* são duas dimensões do Cuidado que acontece no cotidiano da APS, influenciando na qualidade da assistência e no reconhecimento tanto das necessidades visíveis, como das invisíveis.

As relações estabelecidas entre os constructos teóricos das categorias: **A visibilidade das Necessidades, A invisibilidade das necessidades e Cuidado Integrado das necessidades na APS** levaram à teorização **A (in) visibilidade das necessidades de saúde: a dinamicidade do “convívio nosso com o mundo”**, que pode ser representada pelo diagrama que segue:



**Figura 2.** A Teoria da (In) visibilidade das Necessidades de Saúde: a dinamicidade do “convívio nosso com o mundo”.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2015

As necessidades de saúde transitam entre a visibilidade e a invisibilidade conforme a perspectiva dos profissionais de saúde que atuam na APS. Nesta linha de raciocínio, para que o cuidado seja construído a partir das relações e do *convívio nosso com o mundo* também precisa ser dinâmico e singular, enxergando essa (in)visibilidade e sendo construído

cotidianamente nos serviços de saúde articulado a diversos setores da sociedade.

Na busca pelo descobrimto/suprimento das necessidades de saúde faz-se relevante a atuação interdisciplinar que estabeleça vínculo, com escuta qualificada tanto na unidade de saúde como nas visitas domiciliares, estabelecendo na prática a articulação intersetorial, na busca pelo

cuidado integral e longitudinal das famílias na APS<sup>(1,4,10-12)</sup>.

Assim, superar os entraves à visibilidade/suprimento das necessidades de saúde na APS permanece como um desafio para os profissionais que atuam no SUS<sup>(3-7)</sup>.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção teórica possibilita refletir acerca da (in) visibilidade das necessidades de saúde, em uma perspectiva interacionista, considerando a realidade cotidiana dos serviços de saúde e apontando o *acolhimento radar* como uma mudança no paradigma da própria forma de funcionamento do cuidado na APS, avançando na construção teórica do significado de necessidades de saúde.

É preciso que o cuidado aconteça para além dos roteiros clínicos pré-estabelecidos, de forma que a própria ESF seja um *radar*, viabilizando oportunidades para que todas as necessidades de saúde consigam emergir das entranhas da subjetividade do sujeito e sejam potencialmente cuidáveis ao longo da vida.

Neste sentido, a teorização demonstra a premência de superar o modo biologicista de cuidado na APS, já que a seleção do olhar apenas clínico deixa escapar elementos essenciais para um cuidado integral em saúde.

A realização deste estudo nos direciona para a ampliação das possibilidades do cuidado com desenvolvimento de estratégias para o descobrimento das necessidades invisíveis, avançando na construção teórica do conceito de necessidades de saúde, tendo em vista a possibilidade de construirmos um cuidado

integrado que abarque a singularidade das pessoas e famílias na sociedade em que vivem.

Os objetivos propostos foram alcançados, sendo possível conhecer o significado atribuído, pelos profissionais que atuam na APS, às Necessidades de Saúde, bem como a proposição da teoria apresentada.

Como limitação, aponta-se o tempo para a realização do estudo, não sendo possível ouvir a voz dos usuários no que concerne ao significado de necessidades de saúde, tornando-se possível a realização de estudos futuros, visando esta finalidade.

Destaca-se ainda a importância do cuidado que é realizado fora dos muros da unidade de saúde, pois o conhecimento do local de moradia das famílias e a proximidade com as rotinas de vida contribuem para o fortalecimento do vínculo e amplia as possibilidades de atuação da equipe.

A partir destes achados, propõe-se que o acolhimento seja operacionalizado por equipes multiprofissionais capacitadas para escuta qualificada, que promovam nessas oportunidades o fortalecimento do vínculo entre usuário e equipe de saúde, viabilizando o conhecimento e cuidado das necessidades de saúde.

Destarte, sugere-se que sejam minimizados os entraves identificados nos modos de gerir a APS por meio de aproximação entre as realidades vivenciadas nas diferentes comunidades e os gestores, possibilitando caminhos para que todas as necessidades de saúde sejam cuidadas de forma singular, interdisciplinarmente, longitudinalmente e intersetorialmente, em busca da integralidade.

---

## THE (IN) VISIBILITY OF HEALTH NEEDS

### ABSTRACT

**Objective:** to construct a theorization about the meaning of users' health needs, for professionals in the Family Health Strategy (FHS). **Method:** qualitative study based on the theoretical reference of Symbolic Interactionism (SI) and methodological in Theory Based on Data (PDT). Data collection was carried out from July to September 2015, with the interviewed of 20 health professionals who work in Primary Health Care (PHC) of a municipality in the interior of Minas Gerais. According to the PDT, the data were analyzed comparatively through the open, axial and selective coding process. **Results:** Analyzes and connections between the categories: *Needs visibility, Invisibilities of Needs and Integrated Care of Health Needs in PHC* highlighted the central category that constitutes the theoretical conception of this study, called "*The (in) visibility of needs of health: the dynamicity of our 'conviviality with the world'*". **Final considerations:** health needs pass between visibility and invisibility, from the perspective of professionals, being permeated by the care that happens in the daily life of PHC. Emphasis is given to reception as a strategy to achieve integrality in the care of both visible and invisible health needs.

**Keywords:** Health Services Needs and Demand. Integrality in Health. Primary Health Care. Nursing. User Embracement.

---

## LA (IN)VISIBILIDAD DE LAS NECESIDADES DE SALUD

## RESUMEN

**Objetivo:** construir una teorización acerca del significado de las necesidades de salud de los usuarios para profesionales de la Estrategia Salud de la Familia (ESF). **Método:** estudio cualitativo basado en el referencial teórico del Interaccionismo Simbólico (IS) y metodológico en la Teoría Fundamentada en Datos (TFD). La recolección de datos fue realizada en el período de julio a septiembre de 2015; fueron entrevistados 20 profesionales de salud que actúan en la Atención Primaria de Salud (APS) de un municipio del interior de Minas Gerais-Brasil. Conforme la TFD, los datos fueron analizados comparativamente por medio del proceso de codificación abierta, axial y selectiva. **Resultados:** los análisis y las conexiones entre las categorías: *La visibilidad de las necesidades; La Invisibilidad de las Necesidades y El Cuidado Integrado de las Necesidades de Salud en la APS* evidenciaron la categoría central que constituye la concepción teórica de este estudio, denominada “La (in)visibilidad de las necesidades de salud: la dinamicidad del ‘convivio nuestro con el mundo’”. **Consideraciones finales:** las necesidades de salud transitan entre la visibilidad y la invisibilidad, en la perspectiva de los profesionales, marcadas por el cuidado que ocurre en el cotidiano de la APS. Se destaca el acogimiento como una estrategia para alcanzar la integralidad en el cuidado tanto de necesidades de salud visibles como de las invisibles.

**Palabras clave:** Necesidades y Demandas de Servicios de Salud. Integralidad en Salud. Atención Primaria de Salud. Enfermería. Acogimiento.

## REFERÊNCIAS

1. Melo, SM, Cecílio LCO, Andreaza R. Nem sempre sim, nem sempre não: os encontros entre trabalhadores e usuários em uma unidade de saúde. *Saúde Debate*; 2017 jan/mar [Citado 2019 fev. 10]. 41(112):195-207. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711216>.
2. Magalhães AHR, Parente JRF, Silva MAM, Pereira IH, Vasconcelos MIO, Guimarães RX. Health needs of street market saleswomen: access, connection and welcoming as integral practices. *Rev. Gaúcha Enferm.* [on-line]; 2016 [citado em 2019 fev 12]. 37(n.spe):e2016-0026. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0026>.
3. Palhoni ARG, Penna CMM. Health care in the constitution of health needs for users of the family health strategy. *CiencCuidSaude* [on-line]; 2017 Out-Dez [citado 2018 jun. 30]. 16(4). doi: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i4.40371>.
4. Penna CMM, Faria RSR, Rezende GP. Welcoming services: triage or strategy for universal health access?. *REME Rev Min Enferm* [on-line]; 2014 out/dez [citado em 19 fev 2019]. 18(4):815-22. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140060>.
5. Petersen CB, Lima RAG, Boemer MR, Rocha SMM. Health needs and nursing care. *Rev Bras Enferm* [Internet]; 2016 [cited fev. 2019]. 69(6):1168-71. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0128>.
6. Camargo Jr. KR. On health needs: the concept labyrinth. *Cad. Saúde Pública* [internet]; 2018 [cited 2018 out. 22]. 34(6):e00113717. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00113717>.
7. HinoP, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Egry EY. Health needs according to the perception of people with pulmonary tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP* [internet]; 2012 [citado 22 jan. 2018]. 46(6):1438-45. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600022>.
8. Strauss A, Corbin J. Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. 2nd ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
9. 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 2019 fev15]. 30(1):14661. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000100011>.
10. Barroso VG, Penna CMM. Feeling of belonging in the constitution of the bond in a supplementary health self-management. *Cienc Cuid Saúde* [on-line]; 2016 out/dez [citado em 2019 fev 19]. 15(4):616-623. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i4.33385>.
11. Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica* [on-line]; 2014 [citado 2018 jan. 25]. 35(2):144-9. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1020-49892014000200009](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1020-49892014000200009).
12. Corrêa MSM, Feliciano KVO, Pedrosa EN, Souza AI. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cad. Saúde Pública* [on-line]; 2017 [citado 2019 fev. 07]. 33(3):e00136215. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00136215>.

**Endereço para correspondência:** Elaine Miguel Delvivo Farão. Travessa General Sampaio, casa 03. Coxim, Mato Grosso do Sul, Brasil. (67) 996138615. [elaine.delvivo@ufms.br](mailto:elaine.delvivo@ufms.br)

**Data de recebimento:** 31/10/2018

**Data de aprovação:** 26/02/2019