

# Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde

PERCEPTIONS OF PRIMARY HEALTH CARE NEEDS ACCORDING TO USERS OF A HEALTH CENTER

PERCEPCIONES SOBRE NECESIDADES DE SALUD EN LA ATENCIÓN BÁSICA, SEGÚN USUARIOS DE UN SERVICIO DE SALUD

Paulo Alexandre de Moraes<sup>1</sup>, Maria Rita Bertolozzi<sup>2</sup>, Paula Hino<sup>3</sup>

## RESUMO

Trata-se de pesquisa qualitativa de caráter exploratório, com o objetivo de conhecer o conceito de necessidades de saúde, segundo a percepção de usuários de um serviço de saúde do interior paulista. Realizou-se 15 entrevistas, por meio de roteiro semi-estruturado, em janeiro de 2009. A leitura exaustiva das entrevistas permitiu a apreensão de elementos constitutivos das categorias, definidas a priori, segundo a Taxonomia das Necessidades de Saúde. Identificou-se que os usuários perceberam-se como detentores de necessidades; o contexto social pode apresentar forte influência na sua saúde, verificando-se que a autonomia na tomada de decisões é uma necessidade. Quanto ao vínculo, percebe-se que está intimamente ligado às necessidades de autonomia/autocuidado, pois de certo modo é reforçando a relação de confiança que será possível fortalecer os potenciais para o enfrentamento do processo saúde-doença. Conclui-se que existe a necessidade de instrumentos que auxiliem o profissional da área da Saúde Coletiva a identificar as necessidades de saúde dos usuários.

## DESCRIPTORIOS

Acolhimento.  
Atenção Primária à Saúde.  
Necessidades e demandas de serviços de saúde.  
Pessoal de saúde.

## ABSTRACT

This qualitative, exploratory study was performed with the purpose of identifying the concept of health needs according to the perception of health service users located in the State of São Paulo. Fifteen interviews were performed using a semi-structured script, in January 2009. The exhaustive reading of the interviews allow for identifying the elements that comprise the categories, which had been previously defined according to the Taxonomy of Health Needs. It was observed that users view themselves as holders of needs: the social context may strongly affect their health, and therefore the users have the need for autonomy in making decisions. As for attachment, it is observed that it is closely related to the autonomy/self care needs, as, in a certain way, it is necessary to strengthen the trust relationship so that the potentials to face the health-disease process may also be strengthened. In conclusion, there is a need for instruments that help collective health professionals to identify the health need of users.

## KEY WORDS

User embracement.  
Primary Health Care.  
Health services needs and demand.  
Health personnel.

## RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa de carácter exploratorio, con el objetivo de conocer el concepto de necesidades de salud, según la percepción de usuarios de un servicio de salud del interior paulista. Fueron realizadas 15 entrevistas, a través de guión semiestructurado, en el mes de enero de 2009. La lectura exhaustiva de las entrevistas permitió el aprendizaje de elementos constitutivos de las categorías, que fueron definidas a priori según la Taxonomía de las Necesidades de Salud. Se identificó que los usuarios se percibieron como detentores de necesidades, el contexto social puede presentar fuerte influencia en su salud, verificándose que la autonomía en la toma de decisiones es una necesidad. En cuanto al vínculo, se percibe que está íntimamente ligado a las necesidades de autonomía/autocuidado, pues de cierto modo, reforzándose la relación de confianza, será posible fortalecer los potenciales para el enfrentamiento del proceso salud-enfermedad. Se concluye respecto de la necesidad de instrumentos que auxilien al profesional que actúa en el área de Salud Colectiva a identificar las necesidades de salud de los usuarios.

## DESCRIPTORIOS

Acogimiento.  
Atención Primaria de Salud.  
Necesidades y demandas de servicios de salud.  
Personal de salud.

<sup>1</sup> Aluno do Curso de Especialização em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Enfermeiro do Centro de Saúde São José em Campinas. Campinas, SP, Brasil. [moraes\\_enf@yahoo.com.br](mailto:moraes_enf@yahoo.com.br) <sup>2</sup> Professora Livre Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. [mrbertol@usp.br](mailto:mrbertol@usp.br) <sup>3</sup> Enfermeira. Pós-Doutoranda do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Bolsista Pós-Doc – CNPq. São Paulo, SP, Brasil. [paulahino@yahoo.com.br](mailto:paulahino@yahoo.com.br)

## INTRODUÇÃO

As necessidades de saúde não se restringem às demandas biológicas, tampouco podem ser consideradas como individuais e isoladas<sup>(1)</sup>. Sob a perspectiva da Saúde Coletiva, as necessidades devem estar articuladas às necessidades sociais, que são heterogêneas e originam-se da reprodução da vida em sociedade<sup>(2)</sup>. Embora sejam determinadas e construídas socialmente, podem ser apreendidas em sua dimensão individual, expressando uma relação dialética entre o indivíduo e a sociedade<sup>(3)</sup>.

O cuidado em saúde deve ser planejado considerando as necessidades e os serviços de saúde que devem estar preparados para lidar com elas, compreendendo os significados sobre sua natureza na interseção dos sujeitos implicados – nos momentos da produção e do consumo da saúde – de forma a buscar promover a autonomia dos sujeitos.

Buscar conhecer as necessidades de saúde, identificando a forma e as repercussões da inserção dos sujeitos nos momentos da produção, a reprodução social requer a apreensão da realidade objetiva, simultaneamente às concepções subjetivas que emergem dos indivíduos, identificando-se os diferentes significados atribuídos a seus modos de vida, saúde e sofrimento, o que pode revelar o potencial transformador das práticas de saúde vigentes<sup>(4)</sup>.

A adoção de práticas centradas nos usuários requer a incorporação de tecnologias leves pelos serviços de saúde, que se materializam em práticas relacionais, como o acolhimento e o vínculo<sup>(5-6)</sup>. Ouvir as necessidades dos usuários permite, aos profissionais de saúde, a ampliação da capacidade de atendimento e potencializar as intervenções dirigidas aos problemas trazidos pela população, o que se traduz em maior resolubilidade da assistência prestada<sup>(7)</sup>.

A satisfação das necessidades encontra-se em potência no produto de um processo de trabalho. Há uma consubstancialidade e uma circularidade entre a necessidade e o processo de trabalho instaurado por satisfazê-la. Sob este prisma, as necessidades não são naturais nem tampouco homogêneas, sendo também desiguais a distribuição e o consumo dos produtos do processo de trabalho<sup>(8)</sup>.

O conhecimento das necessidades de saúde dos usuários apresenta-se como potencialidade para melhorar o cuidado e, para tanto, é fundamental que os trabalhadores mostrem-se abertos para a escuta qualificada<sup>(9)</sup>.

Considerando que a apreensão e o entendimento das concepções a respeito das necessidades em saúde contribuem para a transformação das práticas de saúde, este estudo justifica-se por incitar o debate sobre essa questão, com a finalidade de aprimorar o cuidado em saúde. Teve como objetivo, conhecer o conceito de necessidades de

saúde, segundo a percepção de usuários de um determinado serviço de saúde do interior do Estado de São Paulo.

## MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório e qualitativo, que teve os depoimentos de usuários de um serviço de saúde como matéria-prima. Os estudos de cunho qualitativo possibilitam a apreensão e a análise da realidade que, dada sua dinâmica e complexidade não se deve limitar à quantificação dos eventos<sup>(10)</sup>. A pesquisa exploratória possibilita levantar informações sobre um determinado objeto, para um campo de trabalho delimitado e mapear as condições de sua manifestação<sup>(11)</sup>.

O cenário do estudo foi uma unidade de saúde de um município do interior paulista, localizado na região Sudeste do Estado de São Paulo. É uma unidade de grande porte e constitui-se como um serviço híbrido, dado que reúne, em uma unidade tradicional de saúde do primeiro nível de atenção, algumas especialidades e passou a incorporar, desde 2001, quatro equipes de saúde da família. Na época em que foi realizada a coleta de dados, ou seja, na primeira quinzena de 2009, a unidade de saúde contemplava, em sua área de abrangência, uma população estimada em 53.334 habitantes.

Foram convidados 18 usuários do serviço de saúde, com idade igual ou superior a 18 anos e em condições de saúde que não interferissem na qualidade das respostas da entrevista. Estes sujeitos foram abordados enquanto aguardavam consulta, previamente agendada. O número de participantes foi determinado por saturação nas informações colhidas, isto é, com base na repetição de idéias contidas nas falas.

As entrevistas ocorreram no período da tarde e em sala reservada para evitar possíveis interferências e tiveram a duração média de 10 minutos. Foram conduzidas com base em roteiro semiestruturado, composto por duas partes: a Parte A continha variáveis de cunho sociodemográfico e a Parte B integrava questões norteadoras sobre a temática em estudo: *O que é necessidade de saúde? e O Sr(a). considera que as suas necessidades são satisfeitas nesse serviço?* Tais questões tinham caráter norteador e foram adotadas de forma a permitir ao entrevistado discorrer livremente sobre o tema. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela pessoa responsável por sua realização.

A análise sobre o objeto necessidades de saúde foi feita à luz da Taxonomia das Necessidades de Saúde, proposta por Norma Fumie Matsumoto e Luis Carlos de Oliveira Cecílio. Tais autores propõem a classificação do conceito em quatro grupos: boas condições de vida; acesso ao consumo de tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida; criação de vínculos afetivos e graus crescentes de autonomia. Tal Taxonomia

[...] coloca em questão elementos para o entendimento da realidade a partir da perspectiva dos sujeitos imersos em sociedade e, como tal, potencialmente repletos de necessidades na condução da vida<sup>(7,12)</sup>.

A leitura exaustiva das entrevistas permitiu a apreensão de elementos constitutivos que compõem a classificação proposta, ou seja, a imersão nos depoimentos permitiu identificar os elementos que mostraram correspondência com a Taxonomia adotada.

Os sujeitos foram convidados a participar voluntariamente do estudo, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado. O projeto foi inicialmente submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, tendo sido aprovado, conforme o Parecer nº 783/2008.

## RESULTADOS

### Caracterização dos sujeitos

Dos 18 usuários do serviço de saúde que foram convidados a participar do estudo, três recusaram-se a fazer parte da pesquisa. Os entrevistados eram do sexo feminino e a maioria (13 sujeitos) estava na faixa etária de 20 a 39 anos. Sete sujeitos eram procedentes do Município de São Paulo e oito de outros municípios do Estado de São Paulo.

Quando indagados a respeito do período de tempo em que moravam no bairro e como qualificavam o local, 12 sujeitos consideraram-no como bom, dois como ruim e um como muito bom. O tempo de residência no bairro variou entre menos de um ano a 33 anos, e três entrevistados referiram residir no bairro há menos de 1 ano, oito afirmaram morar no local no período compreendido entre 1 a 15 anos, três em um período compreendido entre 20 a 25 anos e um disse morar no local há 33 anos.

Quanto à inserção no mercado de trabalho, dos 15 participantes do estudo, oito citaram não ter vínculo empregatício, alegando trabalho autônomo. Quando questionadas sobre a renda mensal, 12 pessoas responderam ter renda entre um a seis salários mínimos, não especificando o tipo, se individual ou familiar e três negaram-se a fornecer esta informação.

### As necessidades de saúde

Quando questionados se o serviço de saúde satisfazia suas necessidades, dez sujeitos responderam afirmativamente. A análise dos depoimentos, conforme mencionado, ocorreu segundo a Taxonomia das Necessidades de Saúde<sup>(7,12)</sup> e a leitura crítica dos depoimentos possibilitou seu agrupamento, segundo a classificação que se segue.

#### *Necessidade de boas condições de vida*

As necessidades de boas condições de vida incluem o direito à moradia, ao saneamento básico, à alimentação

adequada, ao emprego, à educação, entre outros<sup>(12)</sup>. Ademais, conforme advoga um dos proponentes da Taxonomia, [...] a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde<sup>(7)</sup>.

A seguir, fragmentos dos depoimentos apresentados demonstram que as pessoas relacionam as necessidades a seu modo de vida:

[...] tem que ter um bom emprego, [...] um estudo bom, pra gente ter um bom salário e, através de um salário bom, a gente pode conseguir outras várias coisas, incluindo a nossa área de saúde também (LMA, 34 anos).

[...] saneamento básico, acesso à saúde, ter um serviço de saúde especializado no seu bairro, [...] transporte [...], isso faz parte, [...] conviver bem com sua família em harmonia [...] (CPAS, 32 anos).

#### *Necessidade de acesso a toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida*

Esta diz respeito ao uso tecnologia certa, no momento certo<sup>(12)</sup>. Mais ainda, [...] o valor de uso que assume cada tecnologia de saúde é sempre definido a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento em que vive<sup>(7)</sup>.

Nas entrevistas, evidenciou-se o desejo dos usuários em ter acesso imediato e qualificado às tecnologias de assistência à saúde, conforme pode ser verificado a seguir.

[...] o que o usuário necessita, atendimento médico, medicamento, [...] especialidade, principalmente [...] (MPSA, 39 anos).

[...] foi uma gravidez de risco, precisei passar no psicólogo, no psiquiatra, entrei em depressão, porque quase perdi o bebê, todas as vezes que eu precisei que eu vim aqui, tinha os profissionais que eu precisava [...] (MBA, 22 anos).

Em contraponto a esses fragmentos de depoimentos, seguem outros que demonstram insatisfação em relação ao acesso ao serviço de saúde:

[...] SAMU, [...] se depender do SAMU você não chega nunca, [...] deveria ser melhorado [...] (SPS, 43 anos).

[...] se você chega precisando de um especialista, você não consegue, porque você não tem o encaminhamento de um clínico geral [...] (MYT, 30 anos).

#### *Necessidade de ter vínculo (a) efetivo entre o usuário e um profissional ou uma equipe de saúde (sujeitos em relação)*

Segundo um dos autores que propõe a Taxonomia adotada neste estudo, o vínculo do usuário com o profissional ou equipe de saúde, potencializa a transformação da prática diária e valoriza a construção de sujeitos autônomos. Para tanto, é necessário: [...] restabelecer a arte da fala e da escuta entre profissionais e usuários, entre equipe e família, entre instituição e sociedade<sup>(12)</sup>. Assim, a relação entre o usuário e o profissional de saúde deve ser a melhor possível e a empatia deve ser mútua. O vínculo significa o estabelecimento de uma relação contínua, pessoal, calo-

rosa e intransferível. Tal como defende o autor, possibilita o encontro de subjetividades<sup>(7)</sup>.

Nos fragmentos a seguir, constata-se a importância que o usuário atribui ao estabelecimento do vínculo, além do fato de que o médico é o profissional mais mencionado na relação com o serviço de saúde:

[...] às vezes, você conhece um médico, o médico já conhece a sua necessidade e você não pode passar com aquele médico, porque aquele médico atende outra equipe, [...] tem um médico que você simpatiza mais com ele [...] (LMA, 34 anos).

[...] é importante ter um bom relacionamento com teu médico [...] (CR, 21 anos).

Por outro lado, alguns usuários apontaram a dificuldade na relação com o profissional médico, verificando-se a comparação entre a atitude do profissional, quando se trata do serviço público e do serviço privado:

[...] tem que tirar o Dr. X daqui, não gosto dele, [...] nem olha na cara da gente [...] (CPAS, 32 anos).

[...] é bem atendida pelo médico (do convênio), e o mesmo médico que atende no consultório se for atender no SUS, é outro tipo de atendimento, [...] completamente diferente (CR, 21 anos).

#### *Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de andar a vida (construção do sujeito)*

Segundo uma das autoras proponentes da Taxonomia, o trabalho terapêutico deve ter como objetivo aumentar a capacidade de autonomia do usuário, concebendo o indivíduo como sujeito com condições de escolher seu *modo de andar a vida*<sup>(12)</sup>. A autonomia implica

[...] na possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta resignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível<sup>(7)</sup>.

Nos depoimentos, tal categoria se fez evidente, conforme pode ser verificado a seguir.

[...] um bom esclarecimento também, às vezes ele [o usuário] quer tirar as dúvidas e encontra alguém [profissional de saúde] para tirar essa dúvida também (MPSA, 39 anos).

[...] acho que a saúde começa dentro de casa também, [...] a partir do momento que você se cuida [...] (MAPM, 27anos).

Após a leitura e análise dos depoimentos, emergiu uma nova categoria não contemplada na Taxonomia das Necessidades de Saúde. Dada a relevância com que emergiu, foi incorporada na apresentação a seguir e está relacionada ao processo de produção dos serviços, sendo denominada como: *Necessidade relativa ao processo de produção do serviço de saúde* e contempla as questões mais atinentes à organização do serviço de saúde, que possibilitam o acesso ao serviço:

[...] A questão não se restringe a quantas portas de entrada se dispõe, mas, sobretudo, interroga-se sua qualidade. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde. Ressalta-se, portanto, a importância da qualificação do acesso, incluindo aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, considerando a contribuição e a importância de análises de vários aspectos<sup>(9)</sup>.

[...] hoje, é uma consulta [...] que minha filha vai ter e a pessoa deixou pra avisar muito em cima da hora que o atendimento dela não seria no horário marcado [...] (LMA, 34 anos).

[...] precisei passar por psicólogo, tinha que primeiro passar pelo clínico [...] não gosto disso [...] o que o clínico geral tem a ver com o psicólogo? [...] (DKB, 22 anos).

## **DISCUSSÃO**

A análise dos depoimentos permite constatar que as necessidades apresentam-se, em sua maioria, atreladas à produção e reprodução social e acessibilidade às ações de saúde. Já o vínculo parece estar intimamente relacionado às necessidades de autonomia e autocuidado. De fato, a relação de confiança possibilita o fortalecimento das potencialidades para o enfrentamento do processo saúde-doença.

Em estudo realizado com usuários de famílias acompanhadas por uma equipe de saúde da família no município de Jequié-BA, os sujeitos concebem a saúde-doença como fruto da produção e reprodução social evidenciada pelas condições de vida; relataram que o poder aquisitivo interferia em suas condições de vida, incluindo o acesso à educação, ao lazer, ao emprego e a outras situações, como rede de esgoto, ruas asfaltadas, dentre outros aspectos<sup>(13)</sup>.

No presente estudo, ao apontarem fatos do cotidiano, relacionados, principalmente à família, alimentação, moradia, estudo e trabalho, evidencia-se que os usuários percebem que tais necessidades têm reflexo na saúde. Reconheceram que o aporte financeiro tem consequências que correspondem a alterações fisiológicas, quando se sentem preocupados com o sustento de seus familiares e acabam por adoecer.

De modo geral, é importante destacar que os usuários buscam nos serviços de saúde respostas às queixas de ordem clínica. Não se revela, portanto, uma conexão imediata entre as necessidades de saúde e a peculiaridade de sua inserção na sociedade. Isto porque, tradicionalmente, as pessoas compreendem mais concretamente a dimensão biológica do processo saúde-doença e não associam às questões sociais que atuam de forma a fortalecer ou desgastar o processo de vida.

Também ficou evidente que a atenção à saúde é centrada na figura do médico e há dificuldade em desvincular a saúde da figura deste trabalhador, evidenciando a hegemonia do modelo biomédico, conforme observado em estudo realizado em Jequié-BA, no qual [...] os sujeitos da pesquisa relataram ser o médico a referência para eles enquanto o cuidador de sua saúde<sup>(13)</sup>.

No presente estudo, os depoimentos evidenciam que o processo saúde-doença manifesta-se nos diferentes grupos sociais, abrangendo os processos estruturais da sociedade e seus perfis de reprodução social, com as correspondentes potencialidades e desgastes e a compreensão dos fenômenos biológicos que [...] *compõem os padrões típicos de saúde-doença desses grupos e de seus indivíduos*<sup>(1)</sup>. Reforçando o tema, embora o processo saúde-doença seja coletivo, suas manifestações ocorrem nos corpos individuais, assim como na apreensão das necessidades de saúde<sup>(14)</sup>.

Os usuários destacam outro aspecto importante, que se refere ao provimento de tecnologias pelo sistema de saúde, categorizadas como *Necessidade de acesso a toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida*. A produção da saúde, a partir da interseção trabalhador/usuário, requer a articulação de tecnologias assistenciais produtoras de singularização do atendimento, vínculo e responsabilização<sup>(5)</sup>. Assim, os serviços de saúde devem estar preparados para lidar com as necessidades, compreender e produzir significados sobre sua natureza, na interseção dos sujeitos implicados nos momentos de produção e consumo da saúde, buscando promover a autonomia dos sujeitos.

De modo geral, o usuário procura o serviço de saúde buscando tecnologias que possibilitem sua melhora, mesmo que, em alguns casos, não sejam fundamentalmente necessárias. Isto ficou evidente, por exemplo, ao apontarem o acesso ao raio x e ultrassom. As formas como as práticas de saúde vêm se constituindo na sociedade atual, na qual prevalecem tecnologias dispendiosas e que nem sempre são imprescindíveis para o diagnóstico e tratamento, modulam o comportamento das pessoas em relação ao uso de tais recursos.

Conforme observado, alguns sujeitos do estudo parecem mostrar-se satisfeitos em relação às ações oferecidas pela unidade de saúde, quando citam pontos positivos, como por exemplo, o acesso a exames de imagem e em relação ao vínculo estabelecido.

No que se refere ao vínculo, conforme mencionado, a satisfação das necessidades encontra-se em potência no produto de um processo de trabalho, revelando-se consubstancialidade e circularidade entre a necessidade e o processo de trabalho instaurado por satisfazê-la<sup>(8)</sup>. Durante o atendimento, é necessário que haja empatia entre o usuário e o profissional de saúde, e isto poderá garantir a adesão ao projeto terapêutico e ao sucesso do tratamento.

Ficou evidente o valor que os usuários atribuem quando ocorre a atenção do profissional de saúde durante o atendimento, desde a recepção até o momento da consulta, incluindo as demais instâncias em que se encontra no serviço. Atitudes que parecem simples, como explicar os motivos do não atendimento imediato, além de outras, muitas vezes não valorizadas da mesma forma pelos profissionais de saúde, permitem que o usuário perceba sua importância no serviço de saúde, o que também contribui para o sucesso do tratamento. Por isso, certos usuários

reivindicam maior atenção por parte de todos os integrantes do serviço, destacando-se a necessidade de esclarecimentos sobre assuntos relacionados à sua saúde.

Em determinados momentos relataram que, embora haja acesso às ações de saúde, mostravam-se insatisfeitos, pois o serviço não conseguiu atender às suas expectativas, como por exemplo: acesso imediato aos profissionais que atuam na unidade e acesso a especialistas, bem como a exames de alta complexidade.

A esse respeito, em estudo anteriormente mencionado, realizado em Jequié-BA, os sujeitos queixaram-se que os profissionais não tinham tempo para escutá-los em razão da grande demanda para atender, o que impossibilitava a oportunidade de falarem sobre sua saúde e que, também, não tinham intimidade com o médico para falar sobre seus problemas pessoais<sup>(13)</sup>.

Sobre a autonomia, em determinadas entrevistas, ficou evidente que o usuário apresenta essa necessidade em relação ao cuidado e manutenção de sua saúde, verificando-se, ainda, que quando o usuário busca atendimento no serviço, também busca dirimir dúvidas e/ou procurar respostas sobre como proceder na realização do autocuidado.

Deve-se considerar que a necessidade de informação e a educação em saúde são apenas partes do processo de construção da autonomia das pessoas, visto que a autonomia implica a possibilidade de reconstrução dos sentidos de vida pelos sujeitos e esta ressignificação apresenta peso efetivo em seu modo de viver, articulando-se à luta pela satisfação das necessidades da forma mais ampla possível<sup>(7)</sup>.

Verifica-se que a autonomia está intimamente associada à categoria *Necessidade de ter vínculo (a) efetivo entre o usuário e um profissional ou uma equipe de saúde (sujeitos em relação)*, pois o vínculo promove a possibilidade do profissional de saúde propor projetos terapêuticos mais apropriados à realidade de vida dos sujeitos doentes o que, por sua vez, também pode determinar maiores chances de sua adesão ao tratamento. Isto contribui para promover a autonomia e o poder de decisão sobre a saúde-doença.

O vínculo deve ser considerado mais do que a adesão a um serviço ou inscrição formal em um programa, pois significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal, intransferível e que promove o encontro de subjetividades<sup>(7)</sup>.

Já no que se refere à categoria *Necessidade relativa ao processo de produção do serviço*, a maioria das menções dos usuários está relacionada à não satisfação de certas necessidades, como a forma como são atendidos pela recepção do serviço, a falta de comunicação e a dificuldade em aceitar que precisam ser avaliados pelo clínico para receber encaminhamento para outra especialidade.

Estudo realizado em três capitais do Nordeste brasileiro, sobre a avaliação de acesso e acolhimento, a partir das percepções de usuários e profissionais de saúde da atenção básica, apontou que a impessoalidade no trato de pro-

fissionais com usuários adquiriu a qualificação de descontentamento, pela forma que usuários são (des)acolhidos por alguns profissionais, ressaltando o *saber tratar bem as pessoas*, como aspecto fundamental à formação profissional, em especial, de quem trabalha na recepção. Destacaram, ainda, satisfação com a acolhida de alguns profissionais, considerando um ato de educação e respeito<sup>(9)</sup>.

Embora os usuários do presente estudo tivessem relatado que se sentiram amparados pelo serviço de saúde, quando precisaram ter acesso às tecnologias assistenciais, aos profissionais de saúde e a medicamentos, queixaram-se da dificuldade encontrada no acesso a alguns serviços de saúde, como exames e consultas realizados fora da unidade de saúde, sobretudo com especialistas.

Assim, há que se repensar as formas de se organizar o sistema de saúde, pois a aparente organização *racional* do serviço pode não corresponder às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários. Deve-se considerar que o acesso ao sistema de saúde e às suas tecnologias não ocorrem de forma equitativa, ainda que isto esteja posto na constituição do Sistema Único de Saúde (SUS).

Um estudo, que tomou como objeto as necessidades de saúde de moradores da área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde do Município de São Paulo, indicou que o processo de trabalho deve ser instaurado a partir do reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários, os quais reconheceram como necessidades de saúde, a presença do Estado, a reprodução social e a participação política<sup>(8)</sup>.

É preciso que o serviço de saúde diversifique a *cesta de ofertas*, a fim de suprir as *cestas de necessidades de saúde*<sup>(7)</sup> que o usuário traz consigo. Para isso, o profissional de saúde deve *auscultar* o indivíduo, percebendo-o de forma ampla, em todas as suas dimensões: biológicas, emocionais e relacionadas à sua inserção social, as quais evidenciam distintas potencialidades e vulnerabilidades para enfrentamento do processo saúde-doença.

É preciso considerar que a integralidade dificilmente será plena em qualquer serviço de saúde, por mais que haja profissionais de saúde capacitados e melhores sejam as condições de trabalho. Daí, entende-se integralidade como um processo que depende do grau de compromisso e da capacidade do profissional em propiciar melhor escuta, no intento de compreender, de forma multidisciplinar, se necessário, as demandas trazidas pelo usuário<sup>(7)</sup>. Ademais, a integralidade envolve a articulação com outros serviços de saúde e setores que, de forma direta ou indireta se relacionem à saúde.

Do exposto, é imprescindível que os trabalhadores de saúde reconheçam as necessidades de saúde, 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, além da forma como o serviço de saúde organiza-se para o atendimento e reconhecimento das demandas de saúde.

## CONCLUSÃO

O desenvolvimento do estudo possibilitou verificar, que ainda que o conceito de necessidades de saúde não se coloque explicitamente aos usuários do serviço de saúde, estas estão presentes. Os usuários parecem compreender a associação entre sua situação social e o processo saúde-doença, ainda que de forma não totalmente evidente, relacionem sua vulnerabilidade à inserção social. Em seus depoimentos, foram encontradas todas as dimensões que compõem a Taxonomia de Necessidades de Saúde utilizada no presente estudo e que se relacionam às condições de vida, ao acesso a bens e serviços, ao vínculo entre os profissionais de saúde, à obtenção de autonomia na tomada de decisões em relação ao modo de encaminhar a vida e à organização e qualidade das ações a que têm acesso.

A realização do estudo permitiu identificar tensões que envolvem o conflito expresso entre o que os usuários apresentam como demandas de saúde e seu reconhecimento como necessidades, por parte dos profissionais de saúde. Destacase a relevância da adoção de uma racionalidade, de uma lógica, que norteie a apreensão de necessidades e sua decodificação, pelos trabalhadores de saúde, o que é possível por meio da Taxonomia adotada, já que ela instrumentaliza a compreensão das necessidades de saúde, com reflexos para a efetivação da satisfação de tais necessidades.

Este estudo demonstrou a premência de instrumentalização do profissional que atua na área da Saúde Coletiva, de forma que o ajude a compreender o que o usuário deseja, por intermédio da apreensão de tais conceitos e buscar caminhos para a assistência humanizada e qualificada. Para isto, ressalta-se ser imprescindível a educação continuada, para que os profissionais de saúde incorporem tais conceitos em seu cotidiano, assim como incluam aspectos que possam contribuir para a reorganização do processo de trabalho e funcionamento dos serviços de saúde, baseados nas necessidades de saúde da população. Destaca-se a importância de que o profissional, desde sua formação na graduação, seja despertado sobre essa temática e aprenda a lidar com tais conceitos no processo assistencial.

Este estudo não teve a pretensão de trazer uma resposta para a resolução das demandas do serviço, mas discutir os conceitos que auxiliem a compreensão das necessidades de saúde trazidas pelos usuários.

---

## REFERÊNCIAS

---

1. Breilh J. Epidemiologia e economia, política e saúde. São Paulo: Hucitec; 1991.
2. Barros DG, Chiesa AM. Autonomia e necessidade de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(n.esp):793-8.
3. Stotz EM. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. *São Paulo Perspect*. 2003;17(1):25-33.
4. Nakamura EE, Egry EY, Campos CMS, Nichiata LYI, Chiesa AM, Takahashi RF. O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. *Rev Lat Am Enferm*. 2009;17(2):253-8.
5. Merhy EE. 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.
6. Merhy EE. 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
7. Cecílio LCO. 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.
8. Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde). *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):1260-8.
9. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 Supl 1: S100-10.
10. Minayo MCS, Gomes FD. *Pesquisa social, teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2007.
11. Severino AJ. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez; 2007.
12. Matsumoto NF. *A operacionalização do PAS de uma Unidade Básica de Saúde do Município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde [dissertação]*. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.
13. Nery AA. *Necessidades de saúde na estratégia de Saúde da Família, no município de Jequié-BA: em busca de uma tradução [tese doutorado]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
14. Laurell AC. *A saúde como processo social*. In: Nunes ED, editor. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global; 1993. p. 133-58.