

# AS NECESSIDADES EM SAÚDE DE USUÁRIOS E SUA INTERAÇÃO COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA

THE HEALTH NEEDS OF USERS AND THEIR INTERACTION WITH PRIMARY CARE

NECESIDADES DE SALUD DEL USUARIO Y SU INTERACCIÓN CON LA ATENCIÓN PRIMARIA

 Elaine Miguel Delvivo Farão <sup>1</sup>  
 Cláudia Maria de Mattos Penna <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Belo Horizonte, MG - Brasil. Fundação Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - UFMS, Curso de Enfermagem. Coxim, MS - Brasil.

<sup>2</sup> UFMG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Belo Horizonte, MG - Brasil.

**Autor Correspondente:** Elaine Miguel Delvivo Farão  
E-mail: elainebiofis@yahoo.com.br

## Contribuições dos autores:

**Análise Estatística:** Elaine M. D. Farão, Cláudia M. M. Penna; **Coleta de Dados:** Elaine M. D. Farão; **Conceitualização:** Elaine M. D. Farão, Cláudia M. M. Penna; **Gerenciamento do Projeto:** Cláudia M. M. Penna; **Investigação:** Elaine M. D. Farão; **Metodologia:** Elaine M. D. Farão, Cláudia M. M. Penna; **Redação - Preparação do Original:** Elaine M. D. Farão; **Redação - Revisão e Edição:** Cláudia M. M. Penna; **Supervisão:** Cláudia M. M. Penna; **Visualização:** Elaine M. D. Farão.

**Fomento:** Não houve financiamento.

**Submetido em:** 03/09/2019

**Aprovado em:** 17/01/2020

## RESUMO

**Objetivo:** compreender o significado das necessidades em saúde da vida cotidiana para os usuários da atenção primária à saúde. **Método:** trata-se de pesquisa qualitativa cujo referencial teórico foi o interacionismo simbólico, e o metodológico foi a teoria fundamentada nos dados. Foram entrevistados 23 usuários da atenção primária à saúde do município de Coxim-MS, no período de fevereiro a novembro de 2018. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas, sendo a análise concomitante a coleta de dados. A duração das entrevistas foi, em média, de uma hora. Inicialmente os participantes foram selecionados aleatoriamente. No decorrer da análise dos dados, foram sendo constituídos os grupos amostrais, com a finalidade de ampliar a variabilidade das concepções sobre o fenômeno. Os dados foram analisados por meio da codificação aberta, axial e seletiva. **Resultados:** as necessidades em saúde da vida cotidiana resultam da interconexão de três subcategorias, a seguir: a primeira, denominada "o autocuidado: cuidando do que eu podia cuidar" – *self*; a segunda, "os relacionamentos na sociedade – a interação com o outro"; e a última, "as relações com o espaço onde se vive – a interação com o ambiente". **Conclusão:** constatou-se que as necessidades da vida cotidiana não são significadas em uma perspectiva interacionista, pelos usuários, como demandas que podem ser cuidadas nos serviços. Dessa forma, por se distanciarem das demandas biológicas, são negligenciadas pelos profissionais de saúde na atenção primária e refletem que o cuidado integral ainda permanece como desafio no âmbito do Sistema Único de Saúde.

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

## ABSTRACT

**Objective:** to understand the meaning of health needs in daily life for users of primary health care. **Method:** it is a qualitative research whose theoretical framework was symbolic interactionism, and the methodological one was the theory based on the data. 23 users of primary health care in the city of Coxim-MS were interviewed, from February to November 2018. The interviews were recorded, transcribed and analyzed, with the analysis concomitant with data collection. The duration of the interviews was, on average, one hour. Initially, the participants were randomly selected. During the analysis of the data, sample groups were created, with the purpose of increasing the variability of conceptions about the phenomenon. The data were analyzed using open, axial and selective coding. **Results:** the health needs of everyday life result from the interconnection of three subcategories, as follows: the first, called "self-care: taking care of what I could take care of" - *self*; the second, "relationships in society - interaction with the other"; and the last, "the relations with the space where one lives - the interaction

## Como citar este artigo:

Farão EMD, Penna CMM. As necessidades em saúde de usuários e sua interação com a atenção primária. REME - Rev Min Enferm. 2020[citado em \_\_\_\_\_];24:e-1299. Disponível em: \_\_\_\_\_ DOI: 10.5935/1415-2762.20200029

with the environment". **Conclusion:** it was found that the needs of everyday life are not meant in an interactionist perspective, by users, as demands that can be taken care of in the services. Thus, as they distance themselves from biological demands, they are neglected by health professionals in primary care and reflect that comprehensive care still remains a challenge within the scope of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde-SUS).

**Keywords:** Health Services Needs and Demand; Integrality in Health; Primary Health Care; Health Promotion; Nursing.

## RESUMEN

**Objetivo:** entender el significado de las necesidades cotidianas de salud de los usuarios de atención primaria. **Método:** investigación cualitativa cuyo marco teórico fue el interaccionismo simbólico y el metodológico la teoría basada en datos. Se entrevistó a 23 usuarios de atención primaria de salud de la ciudad de Coxim-MS, de febrero a noviembre de 2018. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas. Proceso de recogida y análisis de datos. La duración de las entrevistas fue, en promedio, de una hora. Inicialmente, los participantes fueron seleccionados al azar. Durante el análisis de datos se crearon grupos de muestra con el propósito de aumentar la variabilidad de conceptos del fenómeno. Los datos se analizaron mediante codificación abierta, axial y selectiva. **Resultados:** las necesidades de salud de la vida cotidiana son resultado de la interconexión de tres subcategorías: la primera, llamada "autocuidado: cuidar de lo que yo podría cuidar" - auto; la segunda, "las relaciones en la sociedad - la interacción con el otro"; y la última, "las relaciones con el espacio donde se vive: la interacción con el entorno". **Conclusión:** se constató que los usuarios no les dan a las necesidades del día a día el significado, desde una perspectiva interaccionista, de demandas que pueden ser atendidas en los servicios. Por lo tanto, a medida dejan de ser demandas biológicas, los profesionales de la salud de la atención primaria las descuidan, lo cual muestra que la atención integral sigue siendo un reto para el alcance del Sistema Único de Salud.

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

## INTRODUÇÃO

As necessidades em saúde das populações têm sido objeto de pesquisas, servindo como reflexões que amparam a construção de políticas públicas de cuidado.<sup>1</sup>

O planejamento dessas políticas, assim como a operacionalização da rede assistencial, é realizado pelos profissionais, sejam eles gestores, profissionais da assistência ou de outras áreas que envolvem o conhecimento científico. As diretrizes organizacionais são traçadas por meio da visão de mundo dos profissionais de saúde tanto nos serviços de saúde como na elaboração das leis e diretrizes que conduzem a gestão do SUS.<sup>2,3</sup>

As necessidades em saúde são citadas nos planejamentos e diretrizes, porém não é explicitado qual o significado considerado para as necessidades dos usuários pelos profissionais. Assim, questiona-se: como esses serviços e ações disponibilizados

dialogam com a busca por cuidado realizada pelo usuário do sistema? O que acontece nos microespaços de cuidado, seja na unidade de saúde ou no domicílio? Qual o cuidado que as pessoas procuram ao frequentarem os serviços?

A dinâmica do trabalho nos serviços de atenção à saúde é voltada para a cura e a reabilitação de pessoas doentes, reduzindo as necessidades em saúde em demandas biológicas.<sup>3,4</sup>

Em estudo realizado com profissionais de saúde, os resultados evidenciam que as necessidades em saúde dos usuários podem ser visíveis ou invisíveis aos olhos do profissional, sendo que as primeiras são aquelas que correspondem às demandas centradas no corpo e nos processos de adoecimentos das pessoas e são priorizadas pela atenção à saúde. Já as últimas são aquelas que se distanciam das questões biológicas e que não demandam cuidados dos serviços de saúde, sendo responsabilidades de outros setores da sociedade.<sup>5</sup>

Corroborando, pesquisas demonstram que os serviços ofertados na atenção primária à saúde (APS) são voltadas para a doença e a medicalização dos problemas apresentados pelos usuários, sendo o conceito de necessidades em saúde, resumido na prática cotidiana dos serviços, as demandas dos processos fisiopatológicos que envolvem o adoecimento.<sup>3-5</sup>

No entanto, para a construção de projetos terapêuticos singulares, que alcançam de fato a integralidade no cuidado, com promoção da saúde, faz-se necessário ouvir a voz dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e mobilizar esforços para que estes participem do planejamento de cuidado.

Dessa forma, as seguintes questões nortearam a realização deste estudo: qual o significado de necessidade em saúde para os usuários da APS? O que eles buscam ao procurar os serviços de saúde?

Assim, este artigo tem como objetivo compreender o significado das necessidades em saúde da vida cotidiana para os usuários da APS.

Afirma-se, como pressuposto deste estudo, que as necessidades em saúde originam-se das vivências das pessoas em cotidianos singulares, porém nem sempre essas necessidades subjetivas são acolhidas pelos serviços de saúde.

## MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo, cujo referencial metodológico adotado foi a teoria fundamentada nos dados (TFD), sob a luz teórica do interacionismo simbólico (IS).<sup>6-8</sup>

O IS constituiu-se como referencial teórico para o estudo, pois permite compreender a forma como as pessoas agem na sociedade, sua interpretação dos fenômenos, a interação com o Outro e com o mundo ao seu redor. Na sociedade, a interação social não se restringe ao Outro, mas soma-se à autointeração denominada *self*.<sup>6,7</sup> As ações humanas e os comportamentos são resultados dessas interações em um espaço tempo vivenciados pelas pessoas. O pensamento complexo derivado das interações e com resultado em ações é denominado na perspectiva interacionista de *Mente*.<sup>6,7</sup>

A pesquisa foi realizada em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Coxim, interior do Mato Grosso do Sul, que atende aproximadamente 2.735 pessoas, distribuídas em sete microáreas, sendo quatro cobertas por agente comunitário de saúde (ACS).

Os critérios para a inclusão no estudo foram: aceitar participar voluntariamente da pesquisa, possuir idade igual ou maior 18 anos, ser pertencente a uma das quatro microáreas cobertas por ACS.

Para o início da coleta de dados foram realizadas as seguintes questões: qual o significado de saúde para você? Qual o significado de doença para você? E o que você busca ao recorrer aos serviços de saúde? Na medida em que os dados foram sendo analisados, novas perguntas foram sendo estabelecidas para compreender melhor as concepções dos participantes sobre as necessidades em saúde e aprofundar as propriedades e dimensão das categorias.<sup>8</sup>

Inicialmente foi realizada a amostragem aberta, sendo entrevistadas aleatoriamente mulheres com filho (grupo A), por caracterizarem o público mais expressivo em frequência na ESF que constitui cenário do estudo. Após análise inicial das primeiras entrevistas, foram constituídos dois grupos amostrais, para efeito de comparação constante entre os dados, pessoas com doenças crônicas (grupo B) e pessoas sem doenças crônicas (grupo C) vinculadas à ESF.

Posteriormente, para o refinamento da teoria desenvolvida, foi criado um novo grupo amostral com pessoas pertencentes a denominações religiosas (grupo D), tendo em vista o fenômeno da espiritualidade ser abordado e relacionado às necessidades em saúde pelos participantes. Ressalta-se que na TFD a amostragem é intencional, possibilitando ampliar as possibilidades de aprofundamento dos dados e a análise comparativa.<sup>8</sup>

Foram entrevistados 23 usuários da ESF. A idade em anos dos participantes variou entre 18 e 91, o que contribuiu para diversificar as formas de olhar para o fenômeno a partir de vivências em contextos histórico-sociais diferentes.

Os dados foram coletados no período de fevereiro a novembro de 2018, quando ocorreu a saturação teórica dos dados, que acontece quando há profundidade na análise, de tal forma que a teoria seja consistente.<sup>8</sup>

Quando o referencial metodológico é a TFD, a análise é realizada logo em seguida à realização de cada entrevista, levando à criação de grupos amostrais para aprofundamento dos construtos teóricos que constituem a teoria estudada.<sup>8</sup>

Durante a realização do estudo foram elaborados memorandos contendo os registros das decisões tomadas no processo de coleta e análise dos dados, bem como os questionamentos que levaram à constituição dos grupos amostrais e das questões dirigidas aos participantes.<sup>8</sup>

A análise foi realizada em três etapas, apresentadas, didaticamente, de forma linear: codificação aberta dos dados, codificação axial e a codificação seletiva.<sup>8</sup>

Na codificação aberta os dados conceituais foram nomeados com uma palavra ou frase curta, que expressava o significado destes para o investigador e indicava o fenômeno constatado. Após a codificação aberta das entrevistas do grupo amostral A, observou-se que algumas mulheres que recorrem aos serviços de saúde na APS, com frequência, possuem doenças crônicas. Assim, questiona-se como é a relação entre o adoecimento crônico, o cuidado e as necessidades em saúde na vida cotidiana? Como esses códigos se relacionam? Existe diferença entre a conceituação dos participantes com doenças crônicas e a conceituação de pessoas que não possuem alguma doença?

Para responder a esses questionamentos, foi constituído o grupo B e C, possibilitando o aprofundamento dos conceitos e a constituição de categorias por meio da codificação axial. Na codificação axial os códigos construídos na codificação aberta, como, por exemplo, "saúde relacional" e "saúde financeira", foram reagrupados originando aqueles mais abstratos e que expressavam conceitos mais amplos.

Foi realizado um processo de análise comparativa entre cada entrevista analisada, no qual foram identificadas as semelhanças entre as propriedades dos códigos criados e a possibilidade de agrupamento, objetivando a construção das categorias.

A espiritualidade é um fenômeno evidenciado pelos participantes desde o grupo A. Assim, como os registros nos memorandos demonstram o fortalecimento desse conceito nos grupos B e C, mas ainda há lacunas a serem preenchidas, há necessidade de constituição do grupo D, que possibilita a codificação seletiva e o refinamento da teoria com a integração entre as categorias construídas. Ressalta-se que durante todo o processo de análise comparativa dos dados os questionamentos registrados em memorandos foram fundamentais para conduzir as demais coletas de dados e possibilitar o aprofundamento teórico.

Da análise dos dados foram evidenciadas as seguintes categorias: *as necessidades da vida cotidiana; a "relação com o transcendente" como suporte no cuidado das necessidades em saúde; as necessidades afetadas – motivos para buscar cuidado e os caminhos de busca por cuidado no adoecimento*. Neste estudo são apresentados e discutidos os dados referentes à primeira categoria, que trata das necessidades em saúde que são próprias da vida cotidiana.

Para preservar a identidade dos participantes, seus nomes foram substituídos por palavras que remetem flora e fauna do pantanal sul-mato-grossense, seguido do número que indica a ordem de realização da entrevista e, em seguida, a caracterização do grupo amostral do qual a entrevista faz parte (Babaçu 14, grupo B).

Foram seguidas as regulamentações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a realização de pesquisas com seres humanos no Brasil, sendo 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 após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

UFMG, sob o número de registro na Plataforma Brasil - CAAE 41899115.0.0000.5149 e Parecer de Aprovação nº 2.361.508/2017.

## RESULTADOS

Nesta apresentação de resultados, as propriedades que constituem as categorias são apresentadas em negrito e os códigos *in vivo* escritos em itálico. As propriedades são constituintes das categorias e subcategorias desveladas, pois são características centrais do fenômeno estudado. Já os códigos *in vivo* são conceitos intitulados por meio de fragmentos retirados das falas dos participantes. Durante a análise dos dados foram construídos diagramas que contribuem para que seja trabalhada a relação entre os conceitos que fundamentam a teoria desenvolvida.<sup>8</sup>

Os resultados desta pesquisa foram construídos em uma teorização sobre o significado de necessidades em saúde para os usuários da APS, sendo a categoria “necessidades em saúde da vida cotidiana” constituinte desta teoria e sintetizada no diagrama que se segue:

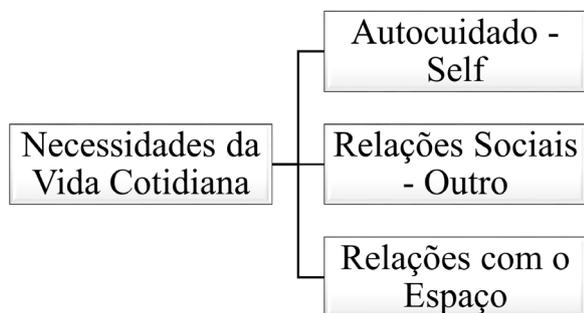


Figura 1 - Definição da primeira categoria: as necessidades da vida cotidiana. Fonte: dados de pesquisa, 2018.

Evidencia-se que as subcategorias constituintes do fenômeno estudado em uma perspectiva interacionista são: a primeira, denominada “o autocuidado: *cuidando do que eu podia cuidar – self*”; a segunda, intitulada “os relacionamentos na sociedade – a interação com o outro”; e a terceira, “as relações com o espaço onde se vive – a interação com o ambiente”. Foram construídas de forma relacionada por meio da análise axial dos dados, no entanto, didaticamente são apresentadas de forma separadas, para melhor compreensão do fenômeno estudado.

### PRIMEIRA SUBCATEGORIA: O AUTOCUIDADO: CUIDANDO DO QUE EU PODIA CUIDAR – SELF

As pessoas vivenciam experiências em um espaço e tempo nos quais desenvolvem relações influenciando ações e sendo influenciadas por outras, em sociedade. Em uma perspectiva

interacionista, as ações não são meros acasos ou respostas simplesmente reflexivas. As pessoas sintetizam um pensamento complexo na Mente e na relação consigo, denominada *self*, sendo constituinte dos comportamentos na sociedade.<sup>6</sup>

A primeira subcategoria construída evidencia as relações das pessoas consigo mesmas, - *self*. Assim, as concepções produzidas pela Mente em busca de viver com saúde são significadas pelos sujeitos e expressas no autocuidado exercido no cotidiano.

Essa categoria pode ser conceituada por propriedades que simbolizam a autointeração das pessoas para viver com saúde e qualidade de vida. Assim, são considerados os **hábitos de vida** e a **condição financeira**, influenciando e constituindo os comportamentos na sociedade.

Os cuidados com a alimentação e a realização de atividades físicas expressam consequências da reflexão na Mente das pessoas sobre as ações que podem ser realizadas por elas, com autonomia para o autocuidado.

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

A análise dos dados denota os cuidados com a quantidade e a qualidade dos alimentos, como ações que expressam preocupações das pessoas consigo no exercício do cuidado em busca de viver de forma saudável.

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

Além da busca por alimentação balanceada, a prática de atividades físicas e desportivas é considerada hábito de vida que proporciona bem-estar e qualidade de vida, contribuindo para a prevenção de doenças. No que se refere à alimentação, o uso daquilo que é natural e pouco industrializado é representado simbolicamente pelas pessoas como importantes para a vida com saúde e bem-estar.

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

A preocupação com hábitos de vida saudáveis é expressada no cuidado de si e na atenção aos familiares que fazem parte da convivência diária, sendo adotada pela família uma postura de cuidados com os alimentos no lar.

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

Para os participantes do estudo, o controle do que é consumido no lar com a busca por hábitos saudáveis precisa ser seguido por toda a família. Na Mente das pessoas, a introdução de chás e ervas na alimentação é prática culturalmente aceita e é motivada na comunidade pelos benefícios experimentados da ingestão de produtos naturais, proporcionando sensação de bem-estar.

*Daí eu andei fazendo chá caseiro pra ela. [...] aí eu apanhava hortelanzão, arnica, algodão crioulo, o que eu muito dei pra ela foi aquela casula do algodão crioulo, graças a Deus melhorou bastante (Seriguela 11 – Grupo B).*

Nota-se, ainda, que o hábito de consumir chás e ervas é passado de geração em geração, fazendo parte da cultura de cuidados e no cotidiano dos moradores de Coxim.

*Eu uso sabuquira, que é uma semente em que o óleo dela é um pouco amargo, né, ela abre o apetite e limpa o intestino, limpa a pele, né? Então eu sei muito bem que ele é forte. Então eu amasso um só e coloco numa água e vou dando aos pouquinhos pro neném tomar diluído, com bastante água, porque eu sei que ele é forte. [...] a minha filha que tem sete anos ela toma esse chá acho que desde os cinco (Jenipapo 23 – Grupo D).*

A inclusão de chás e ervas naturais como produtos que enriquecem a alimentação assume significados de melhoria do funcionamento do organismo, como melhoria do apetite, do trânsito intestinal, sendo significativos para potencializar a saúde do corpo físico, tanto das crianças como dos adultos.

Para adquirir alimentação mais saudável, para honrar os compromissos financeiros referentes à vida em sociedade, desvela-se a **condição financeira** como uma propriedade que varia dimensionalmente entre suficiente e insuficiente para o sustento das famílias, podendo contribuir para o adoecimento das pessoas.

*Eu sou diferente disso, se eu dever [dívidas] eu não durmo, eu não tenho apetite para comer. Pra mim faz*

*muito a parte da saúde isso daí. Eu conheço pessoas que dão um duro para comprar um pouquinho de arroz, mas é difícil, mas Deus é tão grande, que eu viro para cá, viro para lá, mas dou um jeitinho, mas coloco um pouquinho dentro de casa (Babaçu 14 – Grupo B).*

A insuficiência de dinheiro para o pagamento de dívidas influencia em outras nuanças da vida, como na qualidade do sono e na disposição para a alimentação, impactando a qualidade de vida das pessoas.

*Tem algumas pessoas [...] que a situação financeira ruim abala totalmente a saúde, o sono, que tá relacionado à saúde, então, assim, ele interfere e muito negativamente. Só que, assim, se a pessoa está conseguindo pagar as contas e sobreviver, comprar algo que não seja assim tão supérfluo, você não precisa ganhar muito pra que você esteja feliz, bem, com saúde (Araçá 22 - Grupo D).*

Para os participantes, a sobrevivência na sociedade relaciona-se à situação financeira, podendo contribuir para a saúde das pessoas ou potencializar os adoecimentos.

No exercício do autocuidado ao longo da vida, as pessoas constataam a necessidade de atendimento por serviços profissionais, no entanto, barreiras ao acesso na rede assistencial pública existem, e a **condição financeira** também influencia na possibilidade do usuário de recorrer aos serviços de saúde privado quando é impossibilitado de acessar os serviços oferecidos no município pelo SUS.

*É, se a pessoa tem dinheiro ela não vai se sujeitar a esses postos, vai ao médico, vai ao lugar que tem conforto, você tem dinheiro, se não tem, o principal é a saúde e outro é o dinheiro (Seriguela11 - Grupo B).*

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

A agilidade no atendimento e na resolução dos problemas referentes ao adoecimento pode ser alcançada quando as pessoas têm possibilidades financeiras de recorrer aos serviços privados de atenção à saúde.

*Como eu falei, se a responsabilidade é minha para ter saúde, eu tenho que ter recursos para buscar a saúde de forma geral seja adquirindo, tendo mais alimentos saudáveis por um valor um pouco superior, até pagando*

*uma cirurgia cara, caso seja necessário (Helicônia 19 - Grupo D).*

*Interfere na saúde, por exemplo, se eu não tivesse condições para ir a Campo Grande quando me deu problema no seio, na época sua cabeça vem uma enxaqueca, já vira aquela coisa (Babaçu 14 – Grupo B).*

No município onde foi realizado o estudo, a referência de cuidado nas urgências e para as especialidades está localizado à distância de 295 km aproximadamente. Nesse contexto, a **condição financeira** interfere no suprimento das carências pessoais de se manter em outro município, como hospedagem, transporte, acesso a medicamentos não disponibilizados no SUS, insumos para o cuidado ou alimentos.

Além da interação consigo - *self*, representada nesta análise pelo **autocuidado**, as pessoas interagem simbolicamente com o Outro no cotidiano, sendo essa uma relação constituinte das necessidades em saúde. As propriedades dos relacionamentos na sociedade são discutidas na segunda subcategoria, a seguir.

## SEGUNDA SUBCATEGORIA: AS RELAÇÕES SOCIAIS – OUTRO

As **relações sociais** são necessárias e fazem parte da realidade cotidiana da vida das pessoas. No entanto, a depender da interação nos **relacionamentos** sociais construídos nessa **convivência**, os impactos sentidos na qualidade de vida das pessoas podem ser mais positivos, decorrentes de relacionamentos sociais simbolizados como harmônicos, ou mais negativos, referentes a relacionamentos mais conflituosos.

As pessoas afirmam que há necessidade de desenvolver **relações** para a convivência saudável nas comunidades, o que é revelado nos dados que seguem:

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

*Lógico você fica sozinho sem ter contato com alguém, eu acho que abate a pessoa, ah! começa a entrar em depressão (Baru 17 – Grupo C).*

A ausência de relacionamentos na sociedade é identificada como uma condição potencialmente adoecedora. No entanto, a relação social não ocorre sem consequências na vida das pessoas. Podem ser evidenciados tanto **efeitos terapêuticos** como **efeitos adoecedores** advindos da interação com o **Outro**.

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

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

Os significados atribuídos aos relacionamentos e a interação com o Outro são desenvolvidos na **Mente**, levando as pessoas a buscarem por **relações sociais harmônicas** ou a finalizarem os **relacionamentos adoecedores**.

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

Desvela-se que a **paz** é buscada nos relacionamentos e é símbolo de relacionamentos harmoniosos, influenciando na ação das pessoas para a construção de relacionamentos que tragam esse sentimento, o que constitui o autocuidado e a melhoria da qualidade de vida.

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

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

Constituindo as **necessidades da vida cotidiana** já apresentamos os resultados que se relacionam ao **autocuidado** e às **relações sociais**. Na terceira subcategoria, explanada a seguir, é analisada a interação das pessoas com o ambiente onde elas vivem o cotidiano.

## TERCEIRA SUBCATEGORIA: AS RELAÇÕES COM O ESPAÇO DE VIDA COTIDIANA – AMBIENTE

Conforme análise dos dados, a terceira subcategoria é conceituada pelas **relações** construídas entre as pessoas e o **espaço** onde o cotidiano

é vivenciado. O cotidiano das pessoas acontece em um espaço onde a vida acontece, onde as pessoas interagem tanto consigo, como com os outros e o **ambiente**.

Na interação das pessoas com o local onde moram, existem símbolos construídos ao longo da vida que resultaram em uma relação de mais ou de menos afeto, influenciando na qualidade de vida e no autocuidado. Quando essa relação é baseada no **afeto pelo local de moradia**, há melhoria na qualidade de vida das pessoas. Já quando o sentimento em relação ao espaço onde se vive é de **desafeto**, este pode contribuir para o **adocimento**.

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

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

Os dados demonstram que no cotidiano podem existir e coexistir tanto **relações de afeto** como de **desafeto** entre os participantes e seus **locais de moradia**. A moradia na cidade é simbólica e significada como potencialmente adoecedora. Já o próprio ambiente simbólico de vida na roça foi denominado de ambiente potencialmente favorável ao cuidado, pelos efeitos terapêuticos relatados dessa vivência. O contato com a natureza, a interação com ambientes mais bucólicos, é retratada pelas pessoas como ambientes mais saudáveis.

*Não gosto de Coxim, declarado. Lá na minha chácara eu olho cedo pro horizonte, não corro risco de levar um tiro na cara [...] E lá no fundo eu olho cheio de mata, parece o paraíso, tempo da primavera ipê roxo, amarelo, pra que mais terapia do que aquilo, eu converso com galinha, meu carneiro até nome tinha, minha vaca tem nome, chamo por nome, de noite eu olho lua à vontade (Aguapé 05 – Grupo B).*

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

A convivência em ambientes mais rurais, próximos de vegetações e elementos da natureza, é considerada símbolo de mais saúde, contribuindo para a qualidade de vida das pessoas nessas regiões.

As **questões sanitárias** que circundam o ambiente externo à residência influenciam tanto no **ambiente interno** da casa, quanto nas relações com o local de moradia. A ausência de **condições sanitárias**, como saneamento básico nos domicílios e outros fatores externos à moradia, também é condição que minimiza a qualidade de vida no cotidiano, entre eles a poluição do ambiente e os hábitos de queimadas no calor.

*Como tem setores que não caminham bem, eu acho assim, como saneamento básico, uma coisa que não caminha bem, aos cuidados dos terrenos das limpezas dos bairros, coisas influem que acaba atacando na saúde (Pequi 15 – Grupo C).*

Além do local de moradia, também refletem a relação das pessoas com o espaço, os **hábitos de higiene e a organização do ambiente**. Os cuidados com o **ambiente interno** são significados como constituintes do autocuidado, como evidenciado nos dados que seguem.

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

*Se está tudo muito bem equilibrado, o local onde você está, a limpeza, a higienização, o aroma, você fica mais saudável, você está mais saudável naquele momento pelo menos. [...] Se o ambiente está bagunçado, atrapalha. [...] o quintal tá cheio de tijolos, tá cheio de telhas, porque ela ainda tá em construção, né? [...] e aquilo me desequilibra. Aquilo me deixa nervosa, estressada e isso não é saudável de ver o meu quintal todo cheio de coisas, poderia estar com a graminha toda bonitinha, cheia de florzinhas e arvorezinhas. Isso me deixaria bem melhor, bem mais saudável (Jenipapo 23 – Grupo D).*

A relação de cuidado com o ambiente da residência interage com as relações de cuidado dos Outros que compõem a comunidade. A ausência de **higiene** e cuidado com a casa causa prejuízos à qualidade de vida no **ambiente de moradia**, viabilizando a presença de vetores como roedores.

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

*Ah, principalmente na nossa região aqui as pessoas ponham fogo nos matos aí fica uma fumaceira e acaba com a gente (Baru 17 – Grupo C).*

A relação das pessoas com o espaço onde vivem dialoga com as ações e hábitos dos Outros no que se refere à vivência em sociedade. Percebe-se que as subcategorias são inter-relacionadas e dialogam entre si, pois são constituintes das ações em busca de autocuidado, na interação das pessoas, tanto umas com as outras como consigo, em uma reflexão e pensamentos que levam a modos de viver e interagir na sociedade.

As necessidades em saúde da vida cotidiana são constituídas pelas relações existentes entre as subcategorias que foram apresentadas. A seguir, será realizada uma discussão dos achados teóricos, dialogando com a literatura.

## DISCUSSÃO

Ressalta-se nesta discussão que, na análise do processo que acontece na teorização, as necessidades em saúde da vida cotidiana não se configuram como demandas relatadas na busca por atendimentos na APS. Simbolicamente, para os participantes do estudo, os serviços de saúde existem para o cuidado e atendimento de situações que circundam o adoecimento.

No entanto, as necessidades não demandadas são existentes no cotidiano das pessoas, sendo, muitas vezes, acolhidas pelas igrejas, pelas comunidades sociais, por farmacêuticos, ao passo que poderiam ser enxergadas e cuidadas pelos serviços de saúde, na tentativa de promover a qualidade de vida e alcançar a integralidade.<sup>3-5</sup>

Conforme demonstram resultados de estudos de necessidades em saúde de mulheres feirantes, a integralidade no cuidado não poderá ser alcançada pela ação solitária dos profissionais de saúde, sendo urgente a articulação entre setores diversos da sociedade.<sup>3</sup>

Os dados analisados e diagramas construídos permitem compreender que as necessidades em saúde são maiores que a demanda que chega aos ouvidos dos profissionais de saúde. Corroborando, estudos realizados com indivíduos portadores de tuberculose demonstram que as necessidades de saúde ultrapassam a dimensão física, sendo associadas à dinâmica da vida em sociedade e às experiências vivenciadas nos serviços de saúde.<sup>9</sup>

Estudos demonstram que são constituintes das necessidades em saúde a alimentação adequada, moradia digna com saneamento básico e condições de vida que permitam o acesso ao lazer, o que é corroborado pelos resultados desta pesquisa.<sup>9</sup>

A alimentação adequada, a prática de atividades físicas e a cultura da paz configuram-se como algumas das nuances a serem consideradas para que ocorra a promoção da saúde, articulando outros setores para a redução da pobreza e com o acesso garantido a hábitos de vida saudável.<sup>10</sup>

Nessa perspectiva, os dados demonstraram que a condição financeira influencia no acesso ou não a condições mínimas de vida na sociedade capitalista, sendo essa uma preocupação dos participantes no que se refere à possibilidade de alcançar sustento para o autocuidado.

Estudos apuraram que a implementação das práticas integrativas e complementares no SUS, como as práticas corporais da Medicina tradicional chinesa, contribui para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, influenciando no autocuidado e contribuindo para a promoção da saúde na APS.<sup>11,12</sup> Contudo, essas práticas ainda não foram implementadas na realidade da APS no município estudado.

Assim, mesmo sendo publicadas legislações que visam ao alcance da promoção da saúde no SUS, no contexto estudado, os dados revelam que as necessidades das pessoas no cotidiano não constituem importância para serem atendidas ou cuidadas pelos profissionais de saúde, permanecendo na invisibilidade.<sup>5</sup>

As pessoas têm carências que geram consequências em sua qualidade de vida e que não são enxergadas pelos profissionais de saúde, não constituem parte da demanda e não são descobertas, o que compromete a integralidade do cuidado e a efetivação de práticas voltadas para a promoção da saúde.<sup>5,10,13</sup>

Em estudo realizado com adolescentes evidenciou-se que as vulnerabilidades desse grupo populacional não são priorizadas na APS, sendo os serviços organizados para a prevenção e o tratamento de doenças.<sup>13</sup>

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) propõe que o planejamento de ações de cuidado seja pautado em um conceito de saúde para além da ausência dos aspectos biológicos do adoecimento, favorecendo escolhas de autocuidado no cotidiano que ampliem a qualidade de vida.<sup>10</sup>

No entanto, a PNPS também reafirma que para alcançar a integralidade no cuidado em saúde é necessária uma articulação com as demais políticas e regulamentações, envolvendo outros setores da sociedade.<sup>4,5,10</sup>

Nessa perspectiva, reafirma-se a urgência de mais investimentos públicos na APS para que as necessidades em saúde das pessoas sejam cuidadas, com qualidade e em toda sua complexidade.<sup>14</sup>

Entende-se, em uma perspectiva interacionista, que as pessoas não agem de forma mecânica na sociedade, sendo suas ações resultados de interações simbólicas fundamentadas em suas vivências relacionais no cotidiano dos serviços de saúde.<sup>4,5</sup>

Dessa forma, para alcançar o cuidado das necessidades em saúde vivenciadas no cotidiano, é preciso organizar a APS para assistir aos problemas não demandados, articulando equipes multiprofissionais, a comunidade e a outros setores sociais em busca da integralidade, ultrapassando os muros das unidades de saúde.<sup>14</sup>

## CONCLUSÕES

Constatou-se que as necessidades do cotidiano da vida das pessoas permanecem na invisibilidade aos olhos dos profissionais. Ao se

distanciam das demandas biológicas, não fazem parte daquilo que o usuário significa como possível demanda para o serviço de saúde. Dessa forma, permanecem negligenciadas aos cuidados empíricos da comunidade.

Na interação com o usuário, a APS poderia ser suporte tanto para o autocuidado como para as relações desenvolvidas na comunidade, visando melhoria da qualidade de vida das pessoas na sociedade na qual estão inseridas.

Por vezes, as demandas biológicas do adoecimento podem resultar de necessidades próprias da vida cotidiana e que estão sendo negligenciadas, pois não podem ser mensuradas ou visualizadas, já que são oriundas do cotidiano das pessoas e das suas relações nesse âmbito. Assim, é preciso refletir sobre as experiências que estão sendo vividas nos serviços de saúde, pois estas têm reforçado a simbologia de que os serviços de saúde na APS são organizados para o cuidado de pessoas doentes.

Nessa perspectiva, este estudo poderá contribuir para o planejamento de cuidados de Enfermagem que se relacionem às necessidades em saúde da vida cotidiana, aos problemas não demandados, contribuindo para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde que aumentem a qualidade de vida das famílias. Os achados desta pesquisa corroboram a premissa de que o vínculo e a escuta qualificada são primordiais para o conhecimento, pelos enfermeiros, das necessidades em saúde que se relacionam ao autocuidado, às relações sociais e ao ambiente do usuário.

Os objetivos propostos para a realização do estudo foram alcançados, já que foi possível compreender as propriedades que fundamentam o significado de necessidades em saúde próprias do cotidiano dos usuários da APS no município estudado.

Afirma-se como limitação desta pesquisa a impossibilidade de aprofundamento do papel do enfermeiro no cuidado das necessidades em saúde, requerendo-se pesquisas que relacionem as necessidades da vida cotidiana ao cuidado do enfermeiro na APS.

Os resultados desvelados evidenciam a necessidade da realização de novas pesquisas que impulsionem a reflexão sobre as práticas organizacionais e as atitudes profissionais que visam ao cuidado das necessidades em saúde próprias do cotidiano dos usuários, em contextos de cuidados variados, tanto na APS como nos serviços de atenção secundária e terciária no âmbito do SUS, como nos serviços privados de cuidado.

Destarte, os resultados desta construção teórica encontram diálogo com a literatura e demonstram que é preciso encarar o desafio de assistir integralmente o usuário da APS em suas necessidades em saúde, a fim de avançar na aplicação prática das portarias e resoluções do SUS, promovendo saúde e não doença, qualidade de vida ao

longo da existência e não somente nos momentos pontuais de adoecimento, impulsionando novos modos de refletir a práxis e de agir para o cuidado ao usuário.

## REFERÊNCIAS

1. Camargo Júnior KR. On health needs: the concept labyrinth. *Cad Saúde Pública*. 2018[citado em 2019 jan. 22];34(6):e00113717. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00113717>
2. Cassettari SSR, Mello ALSF. Demand and type of care provided in emergency services in the city of Florianópolis, Brazil. *Texto Contexto Enferm*. 2017[citado em 2019 jul. 27];26(1):e3400015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003400015>
3. 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*. 2016[citado em 2019 fev. 12];37(n.spe):e2016-0026. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/19831447.2016.esp.2016-0026.3>
4. Palhoni ARG, Penna CMM. Health care in the constitution of health needs for users of the family health strategy. *Ciênc Cuid Saúde*. 2017[citado em 2018 jun. 30];16(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v16i4.40371.4>
5. Farão EMD, Penna CMM. The (in) visibility of health needs. *Ciênc Cuid Saúde*. 2017[citado em 2018 jun. 30];16(4):e45180. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v16i2.45180>
6. Blumer H. *Symbolic interactionism: perspective and method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1969. 208 p.
7. Carvalho VD, Borges LO, Rêgo DP. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social. *Psicol Ciênc Prof*. 2010[citado em 2019 fev.15];30(1):146-61. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000100011>
8. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
9. Hino P, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Egry EY. Necessidades em saúde segundo percepções de pessoas com tuberculose pulmonar. *Rev Esc Enferm USP*. 2012[citado em 22 jan. 2018];46(6):1438-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/22.pdf>
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: MS; 2015.
11. Santos MS, Amarello MM, Viçosa SMG, Horta ALM, Tanaka LH, Souza KMJ. Práticas integrativas e complementares: avanços e desafios para a promoção da saúde de idosos. *REME – Rev Min Enferm*. 2018[citado em 2019 ago. 19];22:e-1125. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180048>
12. Dacal MPO, Silva IS. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. *Saúde Debate*. 2018[citado em 2019 ago.03];42(118):724-35. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811815>
13. Luz RT, Coelho EAC, Teixeira MA, Barros AR, Carvalho MFAA, Almeida MS. Estilo de vida e a interface com demandas de saúde de adolescentes. *REME – Rev Min Enferm*. 2018[citado em 2019 abr. 15];22:e-1097. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180027>
14. Giovanella L. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saúde Pública*. 2019[citado em 2019 ago. 19];35(3):e-00012219. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>

