

NECESSIDADES DE SAÚDE SOB A ÓPTICA DE USUÁRIOS DE UM SERVIÇO PÚBLICO

Daniela da Cunha CARNEIRO¹

Arleusson Ricarte de OLIVEIRA²

Déborah Karollyne Ribeiro RAMOS³

Pollyana Florêncio de Araújo COSTA⁴

Eduarda Gayoso Meira Suassuna de MEDEIROS⁵

Recebido em: 30/10/2013 - Aprovado em: 20/12/2013 - Disponibilizado em: 15/01/2014

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo investigar a percepção de usuários do Sistema Único de Saúde com relação às necessidades de saúde, partindo do entendimento dos sujeitos sobre o que é ter saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa com enfoque exploratório e descritivo. A coleta das informações foi realizada com a utilização de um roteiro de entrevista contendo uma questão norteadora relativa ao objetivo proposto. O instrumento foi aplicado a 20 usuários adscritos a uma Unidade da Saúde da Família do município de Campina Grande/PB no mês de março de 2012. O material empírico foi analisado através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. A pesquisa foi realizada após a liberação de um Comitê de Ética em Pesquisa através da CAAE 0106.0.405.000-11. Verificou-se que a percepção dos sujeitos sobre as necessidades de saúde deles está relacionada: ao conceito de saúde com enfoque biopsicossocial e espiritual; ao estilo de vida saudável; à estrutura, organização e funcionamento dos serviços de saúde; à figura do médico como principal agente provedor da saúde. Conclui-se que em detrimento aos avanços obtidos pelo Sistema Único de Saúde as necessidades de saúde ainda são vistas pelos usuários numa perspectiva biológica, típica do modelo de atenção biologicista, curativista e marcado por ações individuais. É necessário que os serviços de saúde programem ações que repercutam no cotidiano dos indivíduos e nas formas como esses percebem suas necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada.

Palavras-chave: Percepção. Saúde. Necessidades de saúde. Percepção do usuário. Sistema único de saúde.

ABSTRACT

The present study aimed to investigate the perception of Brazilian Unified System of Health users in relation to health needs, based on their understanding about what is to be healthy. This is a qualitative study with exploratory and descriptive approach. Data collection was performed with the use of an interview guide containing a guiding question concerning the proposed objective. The instrument was administered to 20 users ascribed to a Family Health Unit in Campina Grande / PB in March 2012. The empirical material was analyzed by the technique of the Collective Subject Discourse. The study was conducted after the release of a Committee of Research Ethics by CAAE 0106.0.405.000-11. It was found that subjects' perception of their needs health is mainly related: to the concept of health focused biopsychosocial and spiritual to the healthy lifestyle, the structure organization and operation of health services, the figure of the doctor as the main health provider agent. We conclude that over the progress made by the Unified Health health needs are still seen by users in a biological perspective, the typical model of care biologicist, curative and marked by individual actions. It is necessary for health services to program actions that reverberate in daily life and the ways these perceive their health needs in a broader perspective.

Key words: Perception. Health. Health needs. Perception of user. Unified Health System.

¹ Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de ciências médicas de Campina Grande. E-mail: danielaccarneiro@hotmail.com

² Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: ricarte27@hotmail.com

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - FCM. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem - GEPE/FCM. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: deborah_kr@hotmail.com

⁴ Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande – FCM. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem – GEPE/FCM. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: pollyfaraujo@ig.com.br.

⁵ Enfermeira. Bacharel em enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - FCM. Enfermeira do Centro de Saúde Francisco Pinto. Pós Graduada em Enfermagem em Obstetrícia e Neonatal pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande – FCM. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem – GEPE/FCM. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: eduarda_suassuna@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O tema necessidades em saúde tem sido alvo de discussões desde o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais debates vieram à tona com o intuito de construir modelos de atenção ancorados na concepção ampliada de saúde que norteassem a mudança progressiva dos serviços, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença para um modelo de atenção integral à saúde, com incorporação progressiva de ações que priorizassem a promoção da saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2004).

De acordo com Nogueira (2003) e Miotto (2004) para que seja possível compreender ou definir as necessidades de saúde é mister considerar que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural. Os referidos autores destacam que dentre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem-se: os condicionantes biológicos como idade, sexo, características herdadas pela herança genética; o meio físico que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação; assim como os meios socioeconômico e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção prestada pelo sistema.

Para melhor identificar os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente, é necessário conhecer as necessidades de saúde sentidas ou não pela população, incluindo as características do perfil epidemiológico das comunidades, não só em

termos de doenças de maior prevalência, mas também no que se refere às condições socioeconômicas, os hábitos e estilos de vida e a infraestrutura dos serviços disponíveis (BRASIL, 2004).

É importante considerar que o conhecimento sobre as necessidades de saúde de indivíduos e coletividades é fundamental na construção de um modelo assistencial que priorize a concepção ampliada de saúde. Na concepção de Campos (2004), atender às necessidades de saúde significa tomar como objeto do processo de trabalho as carências dos indivíduos das diferentes classes sociais, que habitam um determinado território, assim como encaminhar a política pública de saúde na direção do direito universal.

Diante de tal perspectiva, acreditamos que os serviços de saúde, em especial a Estratégia de Saúde da Família, têm o potencial de desvendar, juntamente com as comunidades, as reais necessidades de saúde dos usuários do SUS. O conhecimento dessas carências poderia promover o redirecionamento de práticas assistenciais em consonância com as expectativas da população.

Reconhecer a relevância da identificação das necessidades de saúde da população, bem como a própria evolução histórica dos conceitos de saúde-doença, nos impulsionou a pesquisar melhor esta temática, enfocando o ponto de vista dos usuários do SUS.

De tal modo, o presente artigo tem como objetivo investigar a percepção de usuários do SUS com relação às necessidades de saúde, partindo do entendimento dos sujeitos sobre o que é ter saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de campo de caráter exploratório-descritivo e abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Saúde da Família localizada na zona urbana do município de Campina Grande/PB, a segunda cidade mais populosa do Estado da Paraíba.

A amostra foi selecionada de forma aleatória, baseando-se nos seguintes critérios de inclusão: residir na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família *locus* do estudo; estar aguardando atendimento na Unidade de Saúde da Família no momento da visita do pesquisador; ter idade igual ou superior a 18 anos.

Para coleta das informações, realizada em março de 2012, aplicou-se um roteiro de entrevista constituído de duas partes: a primeira contemplou dados referentes à caracterização dos sujeitos; a segunda foi composta por uma pergunta norteadora pertinente ao objetivo proposto neste estudo – “Para você o que é ter saúde?”. As entrevistas foram gravadas com a utilização de um aparelho Mp4, sendo posteriormente transcritas e utilizadas neste estudo mediante consentimento dos participantes.

O material empírico foi analisado à luz dos pressupostos teóricos do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) propostos por Lefèvre et al. (2000) e dispostos em quadros conforme cada categoria pertinente. Esta técnica consiste num conjunto de procedimentos de tabulação de dados discursivos decorrentes dos depoimentos dos participantes.

Para operacionalização da técnica de análise do DSC considerou-se três etapas: a primeira consistiu na seleção das expressões-chave a partir do discurso de cada participante do estudo; a segunda foi caracterizada pela identificação da ideia central de cada uma das

expressões-chave, com síntese do conteúdo das referidas expressões; finalmente, a terceira etapa caracterizou-se pela reunião das expressões-chave, referentes às ideias centrais, num discurso síntese que retrata o DSC (LEFÉVRE ET AL., 2000). Após a identificação de cada ideia central dos discursos, foi realizada a discussão de acordo com a literatura pertinente ao tema proposto.

Por tratar-se de pesquisa envolvendo seres humanos, o presente trabalho cumpriu com as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), condicionando sua realização à assinatura, pelo sujeito, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e à liberação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento- CESED, anuência concedida sob o número da CAAE 0106.0.405.000-11.

RESULTADOS

Observa-se que a maioria dos participantes desse estudo tinha idade superior a 60 anos (45%), com predominância do sexo feminino (75%). Quanto à escolaridade a maioria apresentou o ensino fundamental incompleto (75%); no que concerne à renda familiar, 15% ganhavam à época menos que um salário-mínimo e 70% recebiam entre um e dois salários-mínimos. Em relação à ocupação, a maior parte dos entrevistados era composta por donas de casa (60%). As características sociodemográficas dos sujeitos da pesquisa refletem uma população que vive em precárias condições socioeconômicas, refletidas principalmente pelos baixos índices de escolaridade e de renda.

Os DSC evidenciados a seguir buscam proporcionar reflexões a respeito das necessidades de saúde referidas pelos usuários

na perspectiva de contribuir para uma melhor compreensão do processo saúde-doença dos sujeitos da pesquisa.

Os discursos dos entrevistados foram agrupados em cinco categorias de acordo com os assuntos que se mostraram mais prevalentes nas falas dos usuários. Cada categoria expressa a ideia central extraída do DSC e foram divididas em cinco quadros juntamente com os respectivos recortes de falas dos entrevistados. No total, foram cinco ideias centrais encontradas com a análise do material empírico, a saber: saúde como bem-estar físico, mental, social e espiritual; estilo de vida saudável; ausência de doença; disponibilidade de atendimento médico; saúde relacionada aos determinantes socioeconômicos.

Quadro 1 –Descrição do Discurso do Sujeito Coletivo referente a ideia central 1, em resposta a questão: Para o(a) Sr(a) o que é ter saúde? Campina Grande, março de 2012.

IDÉIA CENTRAL 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p><i>Saúde como bem-estar físico, mental, social e espiritual</i></p>	<p>Pra ter saúde a gente tem que ter uma vida bem sossegada... eu não me preocupo com nada./ Saúde é ser feliz./ Ser feliz... que a pessoa doente não é feliz. /Paz suficiente... porque agente não tendo paz, a gente não tem contato com a família/ É bem-estar porque a gente “tando” bem.../ Quando eu vou me deitar de noite eu só peço a deus saúde e paz, não adianta você ter tudo, né? E não ter saúde, ter saúde pra mim é o mais importante./ Eu não me preocupo com nada... pode ter o reboiço maior na minha vida que pra mim ta tudo bem./ É felicidade, alegria, quando a gente tem saúde tudo é bom pra</p>

	<p>gente./ Ter disposição no corpo para você viver./ É por isso que eu gosto de ta me mexendo trabalhando de um canto e outro porque a minha mente não pára./ Saúde é o bem-estar, é a pessoa viver bem com a vida.../ É ficar sossegado...</p>
--	---

FONTE: material empírico proveniente das entrevistas com os sujeitos da pesquisa, 2012.

Os depoimentos apresentados no quadro 1, enfatizam que as necessidades de saúde da população estão relacionadas à concepção ampliada de saúde, na qual esta é compreendida como bem estar biopsicossocial e não somente ausência de doenças.

Observa-se que as opiniões dos participantes do estudo relacionam-se em alguns aspectos às descrições amplas de saúde estabelecidas na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), na qual se encontra uma descrição da saúde como o resultado do estilo de vida do indivíduo associado ao acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1986). Percebe-se que o completo estado de bem-estar descrito na Constituição Federal traduz-se na fala dos participantes como um estado de felicidade e alegria, no qual alcançar a saúde seria a maior conquista na vida de uma pessoa.

Dessa forma, os discursos demonstram um fator positivo na evolução do conceito de saúde, confirmando que a população está progressivamente abandonando os preceitos do modelo curativista e entendendo que ter saúde está muito além do próprio bem-estar físico.

As necessidades de saúde referidas pelos participantes relacionadas ao seu conhecimento do conceito de saúde consonante com o estabelecido na constituição, converge com os resultados obtidos em estudo desenvolvido por Pacheco Filho e Garbin (2010), com população em uma Unidade Básica

de Saúde da Família localizada no município de Araçatuba, São Paulo, confirmando que a saúde é entendida por alguns dos usuários como bem-estar.

Outro estudo, realizado por Lima-Costa et al. (2004) na cidade de Bambuí, Minas Gerais, com um grupo de idosos também demonstrou resultados semelhantes, uma vez que relatos dos participantes evidenciaram que a autoavaliação da saúde dos sujeitos da pesquisa assemelha-se com a definição de saúde adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Apesar do conceito amplo de saúde divulgado pela OMS não enfatizar a questão espiritual, percebe-se o quanto a religiosidade e a espiritualidade fazem parte dos discursos dos entrevistados. Tal espiritualidade pode ser constatada através do seguinte depoimento de um dos participantes: *“quando vou me deitar de noite só peço a Deus saúde e paz...”*. A ideia de saúde como sendo consequência de intervenções divinas ainda é muito difundida nas sociedades atuais.

Desde a antiguidade, o homem vem recorrendo as figuras divinas como meio para alcançar a cura para as mazelas do corpo e da mente, assim a religiosidade também pode ser entendida como uma forma de necessidade de saúde, uma vez que essas pessoas acreditam que através da fé é possível alcançar seu completo bem-estar biopsicossocial.

Vejam os a seguir, o DSC referente ao entendimento de saúde como manutenção de um estilo de vida saudável.

Quadro 2 - Descrição do Discurso do Sujeito Coletivo referente à ideia central 2, em resposta a questão: Para o(a) Sr(a) o que é ter saúde?. Campina Grande, março de 2012.

IDÉIA CENTRAL 2	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
	É ter lazer, procurar sempre se divertir. / “Tô” procurando me

<i>Estilo de vida saudável</i>	<p>movimentar, fazer física, dançar forró, brincar. / Pra ter saúde eu preciso comer vários tipos de frutas e verduras, frutas bem lavadas. / É tirar as comidas que a gente não pode comer./ Saúde é viver bem, se alimentar bem, viajar./ “Tô” na hidroginástica, eu não “tô” procurando doença... tou procurando saúde./ Tou procurando me movimentar, fazer física, vo dançar forró, vo brincar... eu acho que todo esse grupo, essa aproximação ajuda na saúde./ Alimentação suficiente/ Ter cuidado na sua alimentação, por exemplo eu não como carne, é feijão, arroz e salada/ Acho que a pessoa se cuidando assim no dia-a-dia ela consegue cuidar dos hábitos./ Caminhar, alimentação, ginástica, física./ Ter limpeza, higiene nas suas próprias casas,... trocar sempre de roupa, pode ser velhinha, mas que seja limpa./ Se alimentar no horário certo e muita atenção com a saúde./ Se cuidar, caminhar, ter cuidado nas comidas, tem que caminhar muito né, pra fazer fisioterapia./ Cuidar de si próprio, fazer dieta, comer bem, tomar água sempre que puder./ Se cuidar na alimentação, coração, fazer sempre exercício / Plantar macambira, comer feijão macaça que é um feijão muito digestivo, beber bastante água e dormir bem.</p>
--------------------------------	---

FONTE : material empírico proveniente das entrevistas com os sujeitos da pesquisa, 2012.

No quadro 2, os depoimentos enfatizam de forma positiva a relação existente entre as necessidades de saúde dos entrevistados e seu estilo de vida. Sabe-se que hábitos saudáveis podem influenciar a qualidade de vida da população. Tais hábitos estão voltados principalmente para a realização da atividade física, alimentação saudável e lazer.

Seguindo esse direcionamento, é importante ressaltar que é função da equipe de saúde da família dentro do próprio território,

estimular a população para a adoção de hábitos de vida saudáveis, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

É fundamental que a população também tenha consciência de que suas ações são decisivas na conquista e manutenção da saúde, uma vez que a saúde deve ser conquistada pela população através de suas lutas diárias, assim como está descrito no relatório da VIII CNS (Brasil, 1986).

Antunes et al (2011) em estudo bibliográfico sobre a mortalidade de mulheres decorrente de doenças cardiovasculares, observaram que a exposição aos fatores de risco, referidos na pesquisa como maus hábitos de alimentação e sedentarismo, combinada a uma manutenção dos maus hábitos de vida favorecem o aparecimento de outros fatores de risco e conseqüentemente propicia um aumento nos índices de morbimortalidade.

Assim, os discursos responsivos ao entendimento do que seja saúde para os sujeitos da presente pesquisa vão de encontro ao preconizado pela Política Nacional de Promoção da Saúde: alimentação saudável e prática de atividade física (BRASIL, 2006).

Uma terceira vertente relacionada à compreensão dos sujeitos da pesquisa a respeito do que é ter saúde é apresentada no quadro 3.

Quadro 3 –Descrição do Discurso do Sujeito Coletivo referente a ideia central 3, em resposta a questão: Para o(a) Sr(a) o que é ter saúde?. Campina Grande, março de 2012.

IDÉIA CENTRAL 3	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<i>Saúde como ausência de doença</i>	Acho que saúde é não sentir nada / É não ter problemas de saúde...tem gente que tem problema de pressão, de coração, né? E se não tiver isso, pra mim é ter saúde. / Quando a gente tem saúde a gente não sente nada, é uma pessoa que entra e sai e não sente nada, é feliz, acho que uma pessoa saudável é assim. Come tudo o que quer e não sente nada. /

	Eu acho que seja alguém que não pegue uma virose facilmente, que não gripe com facilidade, que não tenha pressão alta, uma pessoa saudável./ É você não ter nenhum tipo de doença./ Tomar seus remédios/ Saúde significa que é saudável, que não tem doença frequentemente. / Por causa que a minha irmã tava diabética, é muito triste vice a pessoa não ter saúde, a outra minha tinha câncer, meu irmão e minha mãe também diabético, meu pai também tinha câncer também na boca do estômago.
--	--

FONTE: material empírico proveniente das entrevistas com os sujeitos da pesquisa, 2012.

No quadro 3, os discursos demonstram que as concepções de saúde referidas pelos participantes ainda apresentam forte relação com a concepção boorseana de saúde, de acordo com a qual a saúde estaria relacionada à ausência de doença (Boorse, 1975). Boorse (1975) defende uma teoria naturalista do conceito de saúde em que a saúde teórica seria o oposto da doença enquanto que a saúde prática configuraria o oposto de enfermidade.

Este aspecto constitui um fator negativo, o que demonstra o desconhecimento da população em relação ao processo saúde-doença e suas implicações no estilo de vida dessas pessoas. Os depoimentos dos entrevistados referenciam apenas os aspectos biológicos da doença. O “não sentir nada” assemelha-se muito à definição de Lariche citado por Silva (2005) quando diz que a saúde é “vida no silêncio dos órgãos”.

É natural admitir-se a doença quando ocorre a ruptura do bem-estar biológico, psicológico e social tal como proposto pela OMS. No entanto, aqui, a doença é o desequilíbrio do indivíduo, consigo mesmo, com os outros e/ou com o meio, indo além de alterações morfofuncionais. Esse conceito

corresponde a experiências singulares e objetivas, difíceis de serem expressas por meio da palavra. A saúde é silenciosa, por sua vez a doença produz ruídos, nem sempre audíveis aos profissionais. É por meio da palavra que o profissional da saúde guia seu olhar clínico e transforma a subjetividade do discurso na objetividade do diagnóstico patológico (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2005).

O Ministério da Saúde ressalta a importância do conceito de saúde que deve ser democratizado pelos profissionais de saúde atuantes em todas as esferas de cuidado. A educação em saúde constitui uma das principais estratégias do governo para conscientizar melhor a população com relação ao seu processo saúde-doença. Dessa forma, as pessoas conseguiriam identificar de maneira mais clara os fatores determinantes e condicionantes para sua saúde e assim desenvolver ações que permitiriam uma manutenção mais eficaz da mesma, além da prevenção de possíveis riscos, danos e agravos.

A visão limitada da população com relação ao conceito de saúde a faz dependente unicamente dos serviços, o que pode culminar em severos congestionamentos na assistência. O indivíduo deve ter consciência de que sua saúde é uma consequência de suas ações consigo mesmo e com o ambiente em que vive, responsabilizando-se em manter um estilo de vida saudável.

Vejam, a seguir, no quadro 4 a exposição da quarta ideia central referente ao entendimento dos sujeitos sobre o que é ter saúde.

Quadro 4 – Descrição do Discurso do Sujeito Coletivo referente a ideia central 4, em resposta a questão: Para o(a) Sr(a) o que é ter saúde?. Campina Grande, março de 2012.

IDÉIA CENTRAL 4	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p><i>Atendimento médico disponível</i></p>	<p>É procurar os serviços de saúde... se eu sinto uma dor se quer na unha já procuro o posto de saúde. / Porque se não tiver o remédio morre, né?! / É a gente ter um médico quando precisar / Ter um médico certo/ É procurar os meios, os serviços médicos/ Tem que correr atrás do médico pra arranjar o remédio/ Se cuidar, né? Ir pra médico, tomar o medicamento na hora certa, né?! sempre fazer um check-up com o médico/ Se cuidar, não demorar a ir ao médico, pelo menos de 6 em 6 meses ir ao médico. /Todos os médicos a pessoa precisa, precisa de um ginecologista, precisa de um cardiologista./ Tomar sua medicação se por acaso tiver algumas doenças, evitar certos tipos de doenças, fazer check-ups todos os meses ou todos os anos, digo de seis em seis meses.</p>

FONTE: material empírico proveniente das entrevistas com os sujeitos da pesquisa, 2012.

Apesar das mudanças efetuadas na constituição terem acontecido há mais de 20 anos, observa-se através dos discursos dos entrevistados que a população em geral ainda tem a mentalidade muito atrelada ao antigo conceito curativista e a figura do médico ainda é considerada como o principal agente provedor da saúde. De acordo com alguns entrevistados, a saúde só poderia ser alcançada por meio da consulta médica e o acesso a medicamentos.

Tal observação configura-se como um fator negativo, uma vez que demonstra desconhecimento da população entrevistada acerca dos preceitos do modelo de vigilância da saúde, que estimula os serviços de saúde adotarem ações que priorizem a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Campos e Bataiero (2007) com base em estudos já realizados envolvendo a temática necessidades de saúde, afirmam que existe uma tendência nos serviços de saúde em desenvolver um conceito de saúde operacional, ou seja, escolhe-se o objeto de atenção à saúde. Dessa forma, as ações públicas dos serviços de saúde têm sido determinadas por essa perspectiva, associando-se assim as necessidades de saúde ao consumo de um serviço.

Neste contexto, uma das funções da Estratégia da Saúde da Família é desenvolver atividades educativas de promoção da saúde através de uma equipe multidisciplinar, buscando a integralidade do atendimento ao usuário, além de orientá-lo quanto ao modelo de vigilância da saúde e as possibilidades de prevenção de doenças e diminuição dos agravos. A educação da população quanto às funções da atenção básica trariam benefícios tanto para os usuários quanto aos outros setores de saúde, uma vez que causariam uma diminuição da demanda e assim melhoria na assistência dos serviços prestados.

No entanto, outros estudos afirmam que os próprios profissionais da assistência básica desenvolvem atividades educativas voltando-as apenas para a prevenção das doenças e não para a manutenção do bem-estar do indivíduo, configurando-se como um contracenso à essência da educação em saúde (BESEN et al, 2007).

No que diz respeito à quinta ideia central referente ao entendimento dos sujeitos sobre o que é ter saúde, temos o seguinte:

Quadro 5 – Descrição do Discurso do Sujeito Coletivo referente à ideia central 5, em resposta a questão: Para o(a) Sr(a) o que é ter saúde?. Campina Grande, março de 2012.

IDÉIA CENTRAL 5	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Saúde relacionada aos determinantes socioeconômicos	Eu gosto de jantar papa de aveia, tenho que comer a farinha de linhaça, só que agora não eu não pude comprar ... a gente assim pobre também não tem muita coisa pra comer./ Quando chega a quinta e a sexta-feira já não tem tanta coisa pra comer. /O que eu mais queria era ter uma vida assim, poder pagar a escola dos meninos e também o alimento, porque meu filho recebe pouco e eu sinto que eu tenho que ajudar, porque se eu não fizer eu é que fico assim doente. / Mas a gente não tem, não tem condições de pagar uma consulta. / A gente não tem condições de se alimentar bem/ Ter o dinheiro pra comprar o remédio/ Arrumar emprego, é bom demais/ A coisa mais rica que a vida oferece é o estudo, porque se eu tivesse sido uma pessoa que tivesse o estudo que esse povo tem hoje, nem sei a minha vida quanto era.

FONTE: material empírico proveniente das entrevistas com os sujeitos da pesquisa, 2012.

Existe uma forte relação entre as condições sociais do indivíduo, suas condições de saúde e o modo com que este percebe suas necessidades de saúde. Assim, apesar das precárias condições socioeconômicas dos entrevistados, os mesmos parecem entender de forma simplificada suas necessidades de saúde relacionadas aos determinantes descritos pelo SUS na lei 8.080.

A lei 8.080 de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) expressa que todos os cidadãos têm direito à saúde e que é dever do Estado executar ações indispensáveis ao seu pleno exercício. Esta lei também preconiza que as ações de

responsabilidade do estado são os próprios determinantes sociais, de forma que para que um país possa se desenvolver é necessário que existam progressos principalmente na redução da pobreza, na promoção da alimentação saudável, da educação e na melhoria das condições de moradia (BRASIL, 1990).

Os determinantes citados anteriormente são amplamente indicados nos discursos dos entrevistados, presentes em passagens como: “*A coisa mais rica que a vida oferece é o estudo*”, “*a gente não tem condições de se alimentar bem*”, “*arrumar emprego, é bom demais*”. Apesar da simplicidade das citações, os participantes demonstram que as suas concepções de necessidades de saúde são consonantes àquelas presentes na Lei Orgânica da Saúde. Urge a necessidade de políticas públicas a serem adotadas pelo Estado para que os usuários tenham suas reais necessidades atendidas, garantindo dessa forma melhor qualidade de vida.

CONCLUSÃO

O presente estudo foi desenvolvido com o intuito de conhecer a real percepção das necessidades de saúde sob a ótica da população usuária do SUS, partindo do entendimento do que é ter saúde para os sujeitos entrevistados.

Apesar dos avanços obtidos no SUS com a discussão do conceito amplo de saúde, as necessidades de saúde ainda são vistas pelos usuários numa perspectiva biológica, típica do modelo de atenção à saúde que prioriza o curativo e o individual, contrapondo o modelo que enfatiza a vigilância à saúde.

Os entrevistados deste estudo embora apresentem precárias condições socioeconômicas, refletidas principalmente no baixo índice de escolaridade e na baixa renda

familiar, em alguns de seus depoimentos demonstraram compreender que os fatores determinantes e condicionantes da saúde preconizado no conceito de saúde do SUS, tem relação com a sua percepção do que sejam necessidades de saúde. A conquista dos determinantes descritos no art. 196 da constituição só será obtido se a população tiver conhecimento do mesmo, se a própria sociedade lutar para que isto aconteça. Sendo assim, educação paralela à saúde é primordial para garantir à população o direito à saúde e o acesso aos serviços de saúde.

É necessário que os serviços de saúde programem ações que repercutam nos determinantes do processo saúde-doença, fazendo com que a população perceba suas necessidades de saúde na perspectiva de um conceito amplo de saúde.

Neste sentido, é de fundamental importância que o profissional enfermeiro, enquanto educador em saúde e integrante da ESF desenvolva junto a essa equipe atividades que visem à instrução e capacitação dos usuários para que os mesmos possam conhecer e compreender o seu processo saúde-doença. A educação em saúde é o caminho para tornar os cidadãos mais responsáveis pela sua saúde e mais participativos na construção de uma sociedade saudável.

Urge a necessidade dos próprios gestores adotarem políticas públicas nos municípios que atendam as necessidades de saúde da população, e que os profissionais de saúde junto a essa população trabalhem com ações de promoção da saúde enfocando a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, B. S. et al. **Revisão bibliográfica: Mortalidade de mulheres por doenças cardiovasculares.** Revista Contexto Saúde, Ijuí, v. 10, n. 20, jan./jun. 2011. Disponível em

<<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 22 mai. 2012.

BENSEN, C. B. et al. **A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde.** *Saúde e Sociedade*, v. 16, n.1, jan./abr. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 23 mai. 2012.

BOORSE, C. **On the distinction between disease and illness.** *Philosophy and Public Affairs*. 1975:49-68.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080 de 19/09/1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055-18059. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, DF, 1986.

CAMPOS, C.M.S. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde).** 2004. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. **Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004.** *Interface-Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v.11,n.23, p.605-618, set./dez. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

LEFÈVRE, F. et al. **O Discurso do Sujeito Coletivo: uma abordagem metodológica em pesquisa qualitativa.** Caxias do Sul: EDICS, 2000.

LIMA-COSTA, M. F. et al. E. **A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí.** *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 22 mai. 2012.

MIOTO, R. C. T. **Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família.** Projeto de Pesquisa: UFSC/CNPq. Florianópolis, 2004.

NOGUEIRA, V. M. R. A concepção de direito à saúde na sociedade contemporânea: articulando o político e o social. In: **Textos e Contextos**, 2003.

PACHECO FILHO, A. C.; GARBIN, C. A. S. **A saúde e seu direito sob o olhar do usuário.** *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v. 12, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/>>. Acesso em: 22 mai. 2012

ROSA, A. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRÊTAS, A. C. P. O processo saúde-doença – cuidado e a população em situação de rua. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.13, n. 4, jul.ago.2005, p. 576-582.

SILVA, L. B. C. **A psicologia na saúde: entre a clínica e a política.** *Rev. do Departamento de Psicologia – UFF*, v. 17, n. 1, jan./jun. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 22 mai. 2012.