

Necessidades de saúde e práticas de cuidados na Atenção Primária em Saúde

RESUMO | Objetiva-se analisar a interface entre as necessidades de saúde dos usuários e as práticas de cuidado realizadas na APS. Revisão de escopo nas bases de dados: BVS, PubMed, Web of Science, Scopus, Science Direct, OASISbr e RCAAAP, utilizando os descritores: Necessidades e demandas de serviços de saúde; Diagnóstico; Planejamento em saúde e Atenção Primária a Saúde. Encontrou-se 112 artigos e após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e leitura analítica, foram incluídos 16 estudos. A análise gerou quatro categorias. Evidenciou-se que as práticas de cuidado não estão centradas nas necessidades de saúde dos usuários e sim nos agravos, fortalecendo o modelo biomédico de assistência. Percebeu-se que há uma frágil conexão entre as necessidades de saúde dos usuários e as práticas de cuidado realizadas no contexto da APS. Observa-se um lento avanço em relação ao trabalho com a comunidade na perspectiva de uma integração.

Palavras-chaves: atenção primária à saúde; necessidades e demandas de serviços de saúde; diagnóstico.

ABSTRACT | Aimed to analyze the interface between the users' health needs and the care practices carried out in the APS. Revision of scope in the databases: VHL, PubMed, WEB of Science, Scopus, Science Direct, OASISbr and RCAAAP, using the descriptors: Needs and demands of health services; Diagnosis; Health Planning and Primary Health Care. Results: A total of 112 articles were found, and after the application of the inclusion and exclusion criteria and analytical reading, 16 studies were included. The analysis generated four categories. It was evidenced that care practices are not centered on the health needs of the users, but rather on the diseases, strengthening the biomedical model of care. It was noticed that there is a fragile connection between the users' health needs and the care practices carried out in the context of PHC. There is a slow progress in relation to working with the community with a view to integration.

Keywords: primary health care; needs and demands of health services; diagnosis.

RESUMEN | Objetivo se analizar la interfaz entre las necesidades de salud de los usuarios y las prácticas de cuidado realizadas en la APS. Revisión de Alcance en las bases de datos: BVS, PubMed, WEB of Science, Scopus, Science Direct, OASISbr y RCAAAP, utilizando los descriptores: Necesidades y demandas de servicios de salud; diagnóstico; En el presente trabajo se analizaron los resultados obtenidos en el estudio de los resultados obtenidos en el estudio. El análisis generó cuatro categorías. Se evidenció que las prácticas de cuidado no están centradas en las necesidades de salud de los usuarios, sino en los agravios, fortaleciendo el modelo biomédico de asistencia. Se percibió que hay una frágil conexión entre las necesidades de salud de los usuarios y las prácticas de cuidado realizadas en el contexto de la APS. Se observa un lento avance en relación al trabajo con la comunidad en la perspectiva de una integración.

Descriptores: atención primaria a la salud; necesidades y demandas de servicios de salud; diagnóstico.

Carine S. Sena Lima da Silva

Enfermeira. Mestre em Ciências do Cuidado. Universidade Federal Fluminense (UFF). RJ, Brasil.

Donizete Vago Daher

Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Federal Fluminense (UFF). RJ, Brasil.

Magda Guimarães de Araújo Faria

Enfermeira. Doutora em enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). RJ, Brasil.

Recebido em: 19/01/2019

Aprovado em: 19/01/2019

Fabiana Ferreira Koopmans

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). RJ, Brasil.

Leonardo Maia

Graduando em Enfermagem. Universidade Estácio de Sá(UNESA). RJ, Brasil.

Flavia Melo de Castro

Enfermeira. Mestre em enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro(UNESA). RJ, Brasil.

Princielle Fornaciari

Graduando em Enfermagem. Universidade Estácio de Sá(UNESA). RJ, Brasil.

Lidiane Soares de Andrade

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Universidade Federal Fluminense (UFF). RJ, Brasil.

Polyana Dávila da Silva

Graduando em Enfermagem. Universidade Estácio de Sá(UNESA). RJ, Brasil.

Thamires Soares da Silva

Graduando em Enfermagem. Universidade Estácio de Sá(UNESA). RJ, Brasil.

Juvanice Paixão Costa

Graduando em Enfermagem. Universidade Estácio de Sá(UNESA). RJ, Brasil.

Simone Lima Damasceno

Simone Lima Damasceno. Graduando em Enfermagem. Universidade Estácio de Sá(UNESA). RJ, Brasil.

Ana Paula Hlade Vasconcelos

Graduando em Enfermagem. Universidade Veiga de Almeida(UVA). RJ, Brasil.

Christie Anne Ferreira de Jesus

Enfermeira. Especialista em Emergência. Universidade Estácio de Sá(UNESA). RJ, Brasil.

Danieli Bello Chimer da Silva

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na UNIRIO. Universidade Estácio de Sá (UNESA). RJ, Brasil.

Marlene Vitorino Florência

Enfermeira. Mestre em Ensino na saúde. Universidade Estácio de Sá(UNESA). RJ, Brasil.

Eliane Oliveira de Andrade Paquiela

Enfermeira. Mestre em Ciências do Cuidado. Universidade Estácio de Sá(UNESA). RJ, Brasil.

Alice Medeiros Lima

Enfermeira. Mestre em Ciências do Cuidado. Universidade Estácio de Sá(UNESA). RJ, Brasil.

Ana Giselli Gomes Ximenes

Graduando em Enfermagem. Universidade Estácio de Sá(UNESA). RJ, Brasil.

Anna Carolina dos Santos Chaves

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Estácio de Sá(UNESA). RJ, Brasil.

Dheisy Martins da Silva

Graduando em Enfermagem. Universidade Veiga de Almeida(UVA). RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população. Assim, ao se discutir uma proposta de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), deve-se começar por analisar que necessidades de saúde se expressam na população brasileira, mais especificamente nos diferentes territórios¹.

As necessidades de saúde não se restringem às demandas biológicas, tão pouco podem ser consideradas como individuais e isoladas. 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. Embora sejam determinadas e construídas socialmente, podem ser apreendidas em sua dimensão individual, expressando uma relação dialética entre o indivíduo e a sociedade².

No contexto da Atenção Primária em Saúde (APS), planejar práticas de cuidado significa ter conhecimento do perfil do território e um detido diagnóstico situacional com a análise da saúde da comunidade vinculando-a aos cuidados a serem ofertados¹.

Os profissionais da atenção primária devem ser, assim, capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde e prevenção de agravos. A falta de responsabilização dos profissionais da APS na gestão do processo de referência tem sido apontada em diversos estudos como um “nó crítico” da atenção à saúde. Neles, foi possível observar problemas relacionados a encaminhamentos, gestão, filas de espera, informações insuficientes e falta de informações sobre as reais necessidades de saúde⁴.

Estudos apontam a importância da APS na coordenação do cuidado sobre as necessidades de saúde. Entretanto, não devendo ser um atributo exclusivo dela. Articulações burocráticas entre serviços, falta de regulação governamental frente às necessidades de saúde, aliados à falta de comunicação e integração entre os pontos de atenção à saúde constituem fatores negativos às ações de saúde necessárias a efetivação do cuidado⁴.

Assim sendo, este artigo traz como questão de pesquisa: Para os profissio-

nais de saúde, qual a interface entre as necessidades de saúde da população e as práticas de cuidado realizadas na APS? Delineou-se como objetivo: analisar a interface entre as necessidades de saúde dos usuários e as práticas de cuidado realizadas no contexto da APS.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura de abordagem qualitativa. A revisão de escopo possui seis etapas, a citar: 1. Elaboração da questão de investigação; 2. Levantamento dos estudos com afinidade temática; 3. Seleção dos estudos relevantes; 4. Sistematização da literatura encontrada através de instrumentos; 5. Elaboração do consolidado de análise; 6. Enriquecimento dos dados com outras perspectivas analíticas⁶. A busca ocorreu no período de janeiro a fevereiro de 2018.

A elaboração da questão de pesquisa foi realizada a partir da estratégia PCC, na qual se articula aspectos oriundos da população a ser estudada (P), do conceito o qual se aplica o estudo (C) e também do contexto atual das variáveis analisadas - C⁷. Nesse sentido, instituiu-se a seguinte questão de pesquisa: questão de pesquisa: qual a

interface entre as necessidades de saúde da população e as práticas de cuidado realizadas na APS?

A partir da questão de pesquisa, foram selecionados os descritores de Ciências da Saúde (DeCS), porém, nem todas as bases de dados utilizam DeCS para a recuperação de informações. Desta forma, tornou-se necessário o uso de palavras-chave ou vocabulário específico para determinada base de dados. Foram selecionadas as seguintes palavras-chaves: Profissionais da saúde; Práticas de cuidado; Necessidades de saúde; Diagnóstico em saúde e, os seguintes descritores: Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Diagnóstico; Planejamento em saúde; Atenção Primária em Saúde. Cada um dos descritores foi utilizado para a realização das buscas nas bases de dados utilizando o termo booleano "AND". Após a coleta de dados, os artigos duplicados foram eliminados.

A coleta de dados foi realizada no mês de dezembro do ano de 2018, nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed, Web of Science, Scopus, SCIENCE DIRECT, OASISbr e RCAAAP.

Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos completos e com a restrição temporal delimitada da década de 90 até 2017. A opção por artigos publicados a partir da década 90 foi devido, neste período, ter início a discussão mais aprofundada do conceito de necessidade de saúde, com Stotz(8). Para exclusão, estudos que relatassem práticas de cuidado ligadas somente à Atenção Hospitalar. Ressalta-se que não houve qualquer restrição avaliativa vinculada à localização do estudo ou natureza metodológica.

Durante a seleção inicial dos estudos, foi elaborado um banco de dados nesta ferramenta, no qual continha as seguintes variáveis: título, autor (es),

ano, nome do periódico em que foi publicado, número, volume e página. Esse instrumento permitiu a síntese e interpretação dos dados, com possibilidade de destacar os elementos ligados a pergunta norteadora. Estes elementos foram apresentados através de construção temática, em categorias, permitindo apresentar uma visão geral de todo o material, organizada de acordo com estudos analisados.

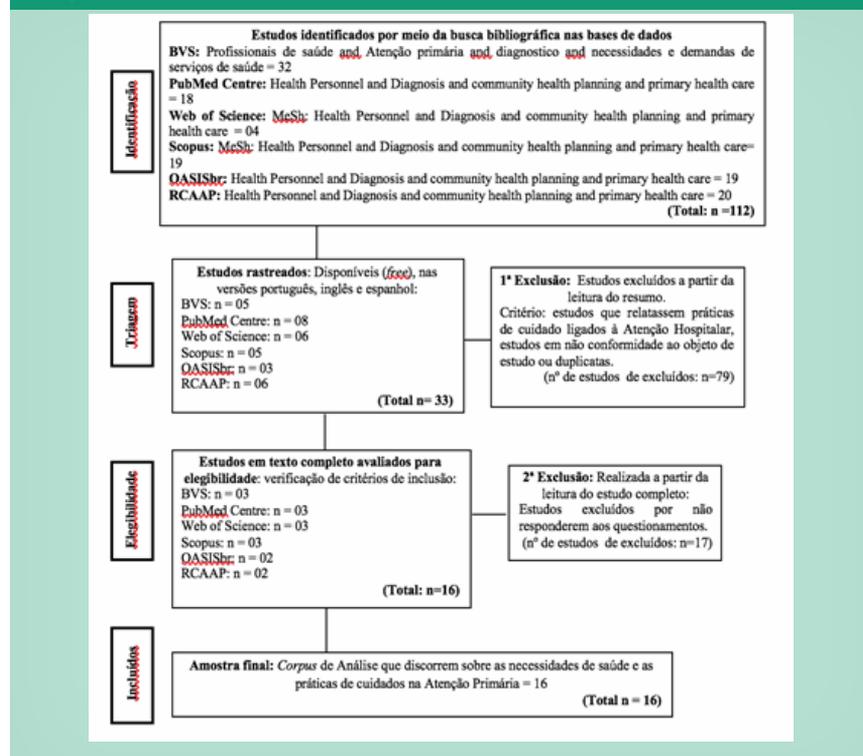
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 112 artigos, devido a grande abrangência dos descritores. Destes, foram descartados os duplicados e aqueles que não atendiam aos critérios de inclusão. Ao final desta seleção inicial, foram contemplados 33 artigos que foram lidos na íntegra e sofreram avaliação minuciosa, resultando na exclusão de 17 artigos por não responderem satisfatoriamente à questão da pesquisa. No final, a amostra foi constituída por 16 artigos, conforme representado no Fluxograma 1.

Os 16 artigos selecionados para a revisão de escopo foram produzidos entre os anos de 2006 e 2016. Referentemente aos dados de publicação, o Quadro 1 permite visualizar a síntese das publicações analisadas.

A partir da análise de dados, foram identificadas temáticas prevalentes em cada publicação, as quais foram organizadas e agrupadas em categorias que estão descritas no Quadro 1. A partir dessas temáticas, emergiram 4 categorias, a citar: 1. Política, gestão e planejamento das práticas desconectadas das necessidades de saúde; 2. Educação permanente como dispositivo para integração entre necessidades de saúde e práticas de cuidado; 3. A frágil participação do usuário, as incipientes multiplicidades e intersectorialidade que comprometem a interconexão das necessidades de saúde e a prática dos profissionais; 4. O modelo biomédico perpetua-se e secundariza as necessidades de saúde.

Fluxograma 1. Passo a passo apra a obtenção dos artigos obtidos para a revisão de escopo



Quadro 1. Síntese da coleta de dados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

Título, autores, idioma, ano e país	Temáticas Prevalentes	Categoria
Developing evidence-based practice among students (Emanuel V, Day K, Diegnan L, Pryce-Miller M). Inglês, 2011, Inglaterra.(9)	Estruturas organizacionais inadequadas	1
Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na Estratégia Saúde da Família (Peixoto PL, Nery AA). Português, 2014, Brasil.(10)	Estado de Incipiência Ampliação do diálogo e reorganização das estratégias de planejamento e gestão de grupos	1
Respuesta de los centros de atención primaria en salud mental después del terremoto y tsunami del 2010 em La Región Del Maule (Vitriol V, Minoletti A, Alvarado R, Sierralta P, Cancino A). Espanhol, 2014, Chile. (11)	Inexistência de planos locais para o enfrentamento dos problemas de saúde mental. Necessidade de Capacitação e de monitoramento contínuo de procedimentos	2
Contratualização na Atenção Primária à Saúde: experiência de Portugal e Brasil (Costa e Silva V, Escoval A, Hortale VA). Português, 2014, Brasil. (12)	A gestão e o processo de qualificação do processo de planejamento aliado à qualificação. Indicadores de monitoramento de contrato de gestão. Análise de processos e resultados em saúde	1
Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família (Souza J, Luis M). Português, 2012, Brasil. (14)	Revisão de Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB)	1
	Criação de projetos terapêuticos para novos modos de cuidar	1
	Falta de indicadores específicos no SIAB da ABS. Necessidade de Educação Permanente.	2
Avaliação da rede de unidades básicas de saúde com foco na integralidade (Santos HS). Português, 2012, Brasil. (15)	Falta de planejamento e monitoramento pelas equipes e gerentes	1
	Falta de projetos baseados nas necessidades da população	1
	Baixa participação da comunidade	3
Of Brazil and Quebec, food for thought: Brazilian community health workers bridge the gap between families and health professionals (Renaud L, Zanchetta M, Rhéaume J, Côté J). Inglês, 2011, França. (16)	Práticas desenvolvidas em conjunto com a população.	3
Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde (Moraes PA, Bertolozzi MR, Hino P). Português, 2011, Brasil.(2)	Planejamento Participativo	3
Construção do plano local como atribuição das equipes de saúde da família: a experiência de três áreas programáticas do município do rio de janeiro (Elia PC; Nascimento MC). Português, 2011, Brasil. (17)	Fortalecimento do trabalho intersetorial Participação social	3
Desbravando novos territórios: incorporação da Terapia ocupacional na Estratégia da saúde da família no município de São Paulo e a sua atuação na atenção à saúde da pessoa com deficiência (Antunes MH, Rocha EF). Português, 2011, Brasil. (18)	Necessidade de ampliar a participação do usuário.	3
	Práticas com forte influência do modelo biomédico nas práticas.	4
	Estratégias de qualificação em saúde	2
A enfermagem e o fazer coletivo: Acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança (Monteiro AI, Macedo IP, Santos ADB, Araujo WM). Português, 2011, Brasil. (19)	Práticas baseadas no prevalente modelo médico-assistencial privatista. Demanda espontânea Ações curativistas	4

As ações do serviço de saúde voltadas para o âmbito individual e pouco coletivo (Costa MCG, Ramalhão, CL, Pettersen AG, Pio JAT, Berbare SM, Melo VFA, et al.). Português, 2011, Brasil. (20)	Ênfase dos componentes biológicos em detrimento de outras necessidades de saúde	4
Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente (Santos PT, Bertolozzi MR, Hino P). Português, 2010, Brasil. (21)	Não utilização do SIAB para planejamento das necessidades em saúde	1
	Melhoria da formação e da supervisão do processo de trabalho	2
Work processes in the Family Health Program: crossings and transverses (Junges JR, Selli L, Soares NA, Fernandes RBP, Schreck M). Inglês, 2009, Brasil. (22)	Não valorização do subjetivo, das dimensões sociais do processo saúde doença.	4
Necessidades sentida e observada: suas influências na satisfação de pacientes e profissionais (Usual AB, Araujo AA, Diniz FVM, Drumond MM). Português, 2006, Brasil. (23)	Percepção das necessidades sentidas e observadas cria vínculos entre usuários e profissionais.	3
	Visão tecnicista que não supre a expectativas dos usuários.	4

Política, gestão e planejamento das práticas desconectadas das necessidades de saúde

A categoria 1 englobou seis estudos^{9-10,12,14-15,21}, nos quais consideram importante a associação entre política, gestão e planejamento de ações, apontando sobre a necessidade de um melhor monitoramento e planejamento das ações efetuadas pelas equipes que atuam na Atenção Primária e seus gestores, assim como, sobre a falta de indicadores específicos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que auxiliem no planejamento das ações voltadas para as necessidades de saúde da população.

O SIAB se caracteriza por descrever a realidade socioeconômica da comunidade, contribuindo com o monitoramento da saúde da população. É o principal instrumento de monitoramento da atenção básica por fazer uso de conceitos como territorialização, adscrição da população e trabalho de equipe multidisciplinar. Seus dados mostram ao profissional de saúde onde há a necessidade de atuação específica pela equipe da Estratégia Saúde da Família - ESF²⁴.

Neste sentido, observou-se a presença de problemas relacionados diretamente às equipes gestoras no que tange as estruturas organizacionais inadequadas⁹ e a própria necessidade

de qualificação e profissionalização da gestão¹².

Os profissionais não têm valorizado os dados apresentados pelo SIAB, negligenciando seu uso no planejamento e avaliação das ações desenvolvidas, o que somado a falta de indicadores e projetos específicos para as necessidades de saúde e, aliado também a ausência de monitoramento das equipes e gerentes da APS, contribui para a realização de práticas pouco resolutivas e distantes das reais necessidades da população^{14-15,21}.

Tal fato ocorre devido a questões como dificuldades para operacionalizar o SIAB, uso de registros informais e, falta de supervisão sistematizada do preenchimento das fichas do SIAB pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o que por vezes, leva a ausência de intervenção nas necessidades apresentadas pelo território, tornando sua prática restrita a protocolos e atendimentos pautados no modelo queixa-conduta¹⁴⁻¹⁵.

Não obstante a isso, observa-se que os profissionais ainda trazem consigo fragmentos e heranças do modelo biomédico, valorizando a produção numérica de procedimentos técnico em saúde, em contraposição à produção social de saúde¹⁴⁻²¹.

É válido ressaltar que o planejamento das ações na saúde da família

engloba três dimensões que devem ser avaliadas e analisadas constantemente, são elas: as informações do SIAB, as metas pactuadas para a APS no município e a construção da agenda local de atividades²⁴.

É preciso ampliar o diálogo entre os profissionais e gestores locais de forma a melhor organizar as estratégias utilizadas para o planejamento das ações, com indicadores de monitoramento de contratos de gestão, melhoria da supervisão de processos de trabalho e identificação das necessidades apresentadas com criação de projetos terapêuticos para "novos" modos de cuidar baseados nas necessidades de saúde^{10,12,15}.

O exercício sistemático do planejamento potencializa o alcance dos objetivos por reduzir as incertezas envolvidas no processo decisório. É necessária a utilização de dados de sistemas de informações aliados a um diagnóstico situacional, no qual todas as transformações territoriais, epidemiológicas e sociais serão analisadas enquanto variáveis na construção de ações de gestão e saúde²⁵.

Educação permanente como dispositivo para integração entre necessidades de saúde e práticas de cuidado

Foram englobados nesta categoria três publicações^{11,14,18} que tiveram como objetivo descrever as necessi-

dades de qualificação e profissionalização da gestão, bem como a necessidade de melhoria da formação e da supervisão do processo de trabalho. Apesar de se observar hoje uma tendência ao retorno à medicina holística, ainda há um significativo número de profissionais que tem sua formação focada no modelo biomédico, centrado no agravo, nos diagnósticos e na cura e não no sujeito que experimenta o processo de adoecimento.

Neste sentido, sugerem-se ações de qualificação profissional como a educação permanente em saúde, a qual visa não somente o aprendizado para o/no trabalho, mas pretende também superar as lógicas das capacitações, aperfeiçoamento e atualizações, mesmo que realizadas de maneira continuada. Propõe a transformação das práticas profissionais baseadas na reflexão crítica dos trabalhadores²⁶.

Este modelo teórico-metodológico de ensinar-aprender demarca sua relevância no combate à sedutora lógica do modelo biomédico nas práticas profissionais, em que a atenção à saúde se faz de modo fragmentado e há uma total inexistência de análises sobre as necessidades apresentadas no SIAB, culminando assim, na construção de ineficazes planos de qualificação profissional para os trabalhadores da saúde^{11,14,18}.

Valé ressaltar que os serviços de saúde têm se proposto a realizar processos educativos, entretanto, estes não passam de treinamentos ou capacitações instrumentais, preocupados em ampliar a produtividade ou a adequação dos profissionais aos programas verticais instituídos pelos gestores, sejam eles nacionais, estaduais ou municipais. As metodologias utilizadas nestes treinamentos reproduzem os conhecimentos através da transmissão verticalizada que pouco contribui para as mudanças desejadas na proposta da educação permanente¹⁸.

Afirma-se ainda que a educação

permanente possui características que a atribuem o status de “prática avaliativa amistosa à integralidade”, no qual é possível articular princípios como a gestão, a formação profissional, as práticas de cuidado, a participação da comunidade e, a consequente adequação dos serviços às necessidades de saúde da população²⁷.

É necessário dizer que a incorporação de práticas de educação permanente pode influenciar na transformação do modelo assistencial, visto que estimulam a reflexão crítica, proporcionando assim, a construção de novos modos de organização e oferta de cuidados em saúde voltados para as necessidades da população²⁸.

Assim, enfatiza-se a necessidade de se promover a verdadeira integração ensino-serviço, pois se reconhece que uma das formas de se aprender é aprender fazendo. A articulação entre ensino e serviço pode auxiliar na formação de um profissional capaz de atuar de acordo com normas e políticas vigentes no país, contribuindo para a oferta de práticas¹⁴.

A frágil participação do usuário, as incipientes multiplicidades e intersetorialidades que comprometem a interconexão entre necessidades de saúde e a prática dos profissionais

As necessidades de saúde são entendidas como mais do que a falta ou ausência de algo para se ter saúde e, neste sentido, sete estudos foram relacionados a presente categoria^{2,13-18}.

A baixa participação da comunidade adscrita nas decisões de saúde e na elaboração de projetos sobre necessidades de saúde e, a ausência de práticas desenvolvidas em conjunto com a população sobre as necessidades do território apontam para a necessidade de revisão e de ampliação da participação dos usuários, participação social fortalecida do trabalho interseccional com planejamento participativo(15-18).

É válido ressaltar que, apesar de dispositivos que garantam a participação popular no SUS através do controle social e das próprias estratégias de gestão, esta se dá ainda de maneira tímida, sobretudo, no contexto da APS²⁹.

Acrescenta-se ainda que a captação de necessidades dos usuários requer admitir imperativos que transcendam o cunho clínico e biológico e que articule as necessidades de saúde às necessidades sociais, uma vez que a saúde integra a vida em sociedade^{14,2}.

Desta forma, é necessário que haja um esforço intersetorial e interdisciplinar para a averiguação de tais necessidades. Neste sentido, os esforços devem envolver desde a articulação entre gestores e membros da equipe de saúde, até a formação de redes de comunicação na qual o diálogo e a coesão dos membros são o diferencial para o delineamento de necessidades e das consecutivas intervenções³⁰.

Não obstante à intersetorialidade necessária para a efetivação das práticas de cuidado, a multiplicidade também deve ser objeto de atenção. Produzir cuidado consoante às necessidades de saúde dos sujeitos possibilita entendê-los naquilo que têm de único e singular e, para isso, se faz necessária a interpretação do cenário subjetivo do ser cuidado, no qual suas crenças, seu estilo de vida e até mesmo sua espiritualidade são importantes demarcadores para a construção das ações de saúde³¹.

Além disso, ressalta-se que para que a prática dos profissionais seja resolutive são necessários recursos que devem ser utilizados para desenvolver intervenções de enfrentamento às necessidades na unidade de saúde, que vão desde os conhecimentos do profissional até a adequada provisão de materiais e equipamentos, garantindo assim, a execução de intervenções³².

O modelo biomédico perpetua-se e secundariza as necessidades de saúde
Observou-se nesta categoria que

muitas práticas de cuidado estão centradas no cuidar dos indivíduos, com destaque para o seu agravo e pouco destaque às necessidades de saúde e, neste sentido, foram incluídos nesta categoria cinco estudos^{18-20,22-23}. Deve-se ressaltar que existe uma tendência de as práticas de cuidado estarem focadas na doença, nos procedimentos técnicos e nas ações curativas, esquecendo-se do ser humano enquanto protagonista no processo de cuidar³³.

Nesta categoria, os estudos apontam que as práticas de cuidado sofrem forte influência do modelo biomédico, baseadas, prioritariamente, em ações diagnósticas e curativas, de caráter privativo e tecnicista, com atendimento de demandas espontâneas, com centralidade de práticas hospitalares e sem valorização das dimensões sociais^{18-19,22-23}.

A partir da perspectiva de que o cuidado ultrapassa as dimensões das práticas técnicas, entende-se que o diálogo, o toque, o olhar e a escuta qualificada também são estratégias de cuidado, em que a valorização da história de vida, da crença e da cultura de cada indivíduo são estratégias de aproximação do profissional de saúde³⁴.

Neste contexto, o acolhimento torna-se uma prática de extrema relevância para que estabeleça aproximação entre usuário e profissional. Entretanto, a grande demanda conduz os profissionais a um processo de "mecanização" da escuta e do atendimento, gerando um processo de automatização de condutas que se distancia da lógica deste processo³⁵.

Os estudos analisados sugerem que haja revisão da atual forma de percepção das necessidades sentidas para a obtenção de vínculos entre os usuários e profissionais, com geração de possibilidades de trabalho em equipe, valorizando informações para o co-planejamento (planejamento participativo) de ações de saúde^{18-19,22-23}.

CONCLUSÃO

A partir do conjunto de artigos analisados, foi possível perceber que o pensar e o fazer saúde requerem uma nova lógica de organização de trabalho, passando a ser centrado nas necessidades de saúde, demandando o desenvolvimento de um processo educacional que possibilite aos gestores e trabalhadores da APS o aprendizado de outros conhecimentos, saberes e formas de atuação.

"A partir do conjunto de artigos analisados, foi possível perceber que o pensar e o fazer saúde requerem uma nova lógica de organização de trabalho, passando a ser centrado nas necessidades de saúde."

A categoria 1 englobou estudos que consideram importante a associação entre política, gestão e planejamento de ações, destacando ser essencial o monitoramento e o planejamento das ações efetuadas pelas equipes e de seus gestores, assim como, apontam para a fragilidade de indicadores específicos no SIAB que auxiliem no planejamento das ações na perspectiva das necessidades de saúde da população.

Já na categoria 2, apesar de se ob-

servar hoje uma tendência ao retorno à medicina holística, ainda há um significativo número de profissionais cuja formação efetivou-se pelo modelo biomédico e seus desdobramentos e, neste sentido, sugerem-se ações de educação permanente em saúde que superem as práticas baseadas neste modelo.

A categoria 3 analisou a baixa participação da comunidade adscrita nas decisões de saúde e na elaboração de projetos sobre necessidades de saúde e, a ausência de práticas desenvolvidas em conjunto com a população sobre as necessidades do território, destacando a necessidade de revisão e de ampliação da participação dos usuários, participação social fortalecida do trabalho intersectorial com planejamento participativo.

Na categoria 4, evidenciou-se que muitas práticas de cuidado estão centradas no cuidar dos indivíduos, com destaque para o seu agravo e pouco destaque às necessidades de saúde.

Constatou-se que grande parte das equipes que atua na APS recebe um treinamento introdutório para atuar neste cenário, porém nota-se que mais do que a simples orientação inicial, é necessário um processo de educação permanente, sistematizado, capaz de corrigir e aprimorar habilidades, como por exemplo, o planejamento das necessidades de saúde a partir das necessidades de saúde.

Com a relação da oferta e demanda de serviços de saúde, as discussões apresentadas demonstram que essa relação é resultante de embates, conflitos e contradições, visto que não levam em consideração apenas as necessidades de saúde dos usuários, mas dependem dos determinantes organizacionais, como custo, acessibilidade, necessidades de saúde, produção do cuidado na unidade de saúde e mão de obra.

Comprovou-se uma tensão entre a proposta de democratização das relações trabalhadores-usuários e a tendência inercial de reprodução das re-

lações de poder entre o saber técnico e o saber popular, visto que a população da área de abrangência e os usuários estão ausentes das discussões da equipe sobre as necessidades de saúde.

Por fim, espera-se que a análise

aqui realizada possa contribuir para novas reflexões acerca da imperiosa necessidade de revisão das práticas de saúde ainda hoje centradas no agravo para a instituição de um modelo de práticas de cuidado que se orientem

nas necessidades dos usuários e famílias, que possam ser humanizadas e, principalmente, contribuir para a busca da efetivação dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS. 🐦

Referências

1. Cecílio, LCO. Curso de aperfeiçoamento em Saúde Mental. Módulo 4 - o cuidado em saúde. São Paulo: Universidade Aberta do SUS, polo UNIFESP; 2016.
2. Moraes PA, Bertolozzi MR, Hino P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev. esc. enferm. USP.* 2011; 45(1):19-25.
3. Albieri FAO, Cecílio LCO. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. *Saúde debate.* 2015; 39(spe):184-95.
4. Oliveira LA, Cecílio LCO, Andreazza R, Araujo EC. Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado. *Saúde debate.* 2016; 40(109):8-21.
5. Dijkers, M. What is a Scoping Review? *KT Update.* 2015; 4(1):1-5.
6. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int. j. soc. res. methodol.* 2006; 8(1):19-32.
7. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition. Austrália: JBI; 2015.
8. Stotz, EN. Necessidade de saúde: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de Planejamento em Saúde). Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1991.
9. Emanuel V, Day K, Diegnan L, Pryce-Miller M. Developing evidence-based practice among students. *Nurs Times.* 2011; 107(49-50):21-3.
10. Peixoto Pereira, L, Alves Nery, A. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2014; 18(4):635-643.
11. Vitriol V, Minoletti A, Alvarado R, Sierralta P, Cancino A. Respuesta de los centros de atención primaria en salud mental después del terremoto y tsunami del 2010 en la Región del Maule. *Rev. méd. Chile.* 2014; 142(9):1120-1127.
12. Costa e Silva V, Escoval A, Hortale VA. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. *Ciênc. saúde colet.* 2014; 19(8):3593-3604.
13. Reis F, Vieira AVC. Demandas, construções e desafios vivenciados por terapeutas ocupacionais na atenção primária à saúde. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2013; 26(3):356-364.
14. Souza J, Luis MAV. Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família. *Acta paul. enferm.* 2012; 25(6):852-858.
15. Santos H. Avaliação da rede de unidades básicas de saúde com foco na integralidade. *Rev. baiana saúde pública.* 2012; 36(2): 590-594.
16. Renaud L, Zanchetta M, Rhéaume J, Côté J. Of Brazil and Quebec, food for thought: Brazilian community health workers bridge the gap between families and health professionals. *Can. j. public health.* 2011; 102(1):61-3.
17. Elia PC, Nascimento MC. A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. *Physis.* 2011; 21(2):745-765.
18. Antunes MH, Rocha EF. Desbravando novos territórios: incorporação da Terapia ocupacional na Estratégia da saúde da família no município de São Paulo e a sua atuação na atenção à saúde da pessoa com deficiência. *Rev. ter. ocup.* 2011; 22(3):270-278.
19. Monteiro AI, Macedo IP, Santos ADB, Araujo WM. A enfermagem e o fazer coletivo: Acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. *Rev. RENE.* 2011; 12(1):73-80.
20. Costa MCG, Ramalhão, CL, Pettersen AG, Pio JAT, Berbare SM, Melo VFA, et al. As ações do serviço de saúde voltadas para o âmbito individual e pouco coletivo. *Rev. bras. educ. méd.* 2011; 36(sup 1):57-63.
21. Santos PT, Bertolozzi MR, Hino P. Health necessities in primary attention: the perception of professionals acting in permanent education. *Acta paul. enferm.* 2010; 23(6):788-795.
22. Junges JR, Selli L, Soares NA, Fernandes RBP, Schreck M. Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. *Rev. esc. enferm. USP.* 2009; 43(4):937-944.
23. Usual AB, Araujo AA, Diniz FVM, Drumond MM. Necessidades sentida e observada: suas influências na satisfação de pacientes e profissionais. *Arq. odontol.* 2006; 42(1): 1-80.
24. Cruz MM, Souza RBC, Torres RMC, Abreu DMF, Reis AC, Gonçalves AL. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde debate.* 2014; 38(spe):124-139.
25. Pinheiro ALS, Andrade KTS, Silva DO, Zacharias FCM, Gomide MFS, et al. Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. *Texto & contexto enferm.* 2016; 25(3): e3440015
26. Viana DMS, Nogueira CA, Araujo RS, Vieira RM, Rennó HMS, Oliveira VC. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.* 2015; 5(2):1658-68.
27. Yamamoto TS, Machado MTC, Silva Junior AG. Educação permanente em saúde como prática avaliativa amistosa à integralidade em Teresópolis, Rio de Janeiro. *Trab. educ. saúde.* 2015; 13(3):617-37.
28. Campos KFC, Sena RR, Silva KL. Educação permanente nos serviços de saúde. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2017; 21(4):1-10
29. Oliveira AMC, Dallari SG. Participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde: um estudo de caso das Comissões Locais de Saúde do SUS de Belo Horizonte. *Physis.* 2015; 25(4):1059-78.
30. Silva DA, Tavares MFL. Ação intersectorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. *Saúde debate.* 2016; 40(111):193-205.
31. Souza JPB, Maranhão TLG, Carvalho MG, Rodrigues KGFC. Espiritualidade Enquanto Estratégia Subjetiva em Busca de Sentido para a Vida. *Id on Line Rev. Mult. Psic.* 2018; 12(39): 505-18.
32. Souza MC, Araujo TM, Andrade FA, França AJ, Souza JN. Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do nordeste, Brasil. *Mundo saúde.* 2014; 38(2):139-48.
33. Silva JLBV, Oliveira ABC, Oliveira AGM, Oliveira KD, Oliveira FMC, Alves MRR. A prática da integralidade na gestão do cuidado: relato de experiência. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2017; 11(2):792-7.
34. Acioli S, Kebian LVA, Faria MGA, Ferraccioli P, Correa VAF. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. *Rev. enferm. UERJ.* 2014; 22(5):637-42.
35. Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na visão complexa: ação coletiva emergente na Equipe de Saúde da Família. *Saúde debate.* 2015; 39(104):124-35.