

# Autopercepção e necessidades de saúde: recurso para enfrentar vulnerabilidades e reorganizar a atenção

## *Health self-perception and needs: a resource to face vulnerabilities and reorganize care*

Carla Rosane Paz Arruda Teo<sup>1</sup>, Roberta Lamonatto Taglietti<sup>2</sup>, Maria Assunta Busato<sup>3</sup>, Bibiane Signor<sup>4</sup>

1. Nutricionista. Doutora em Ciência de Alimentos. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó-Unochapecó, Chapecó, Santa Catarina, Brasil.
2. Nutricionista. Mestre em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Comunitária da Região de Chapecó-Unochapecó, Chapecó, Santa Catarina, Brasil.
3. Bióloga. Doutora em Ciências Biológicas. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó-Unochapecó, Chapecó, Santa Catarina, Brasil.
4. Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Comunitária da Região de Chapecó-Unochapecó, Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

---

**CONTATO:** Carla Rosane Paz Arruda Teo | Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) | Área de Ciências da Saúde | Av. Senador Attílio Fontana, 591E | CEP 89809-000 | Chapecó (SC) | Brasil | Fone: (49) 3321-8215 | E-mail: carlateo@unochapeco.edu.br

**Financiamento:** Concessão de Bolsa de Iniciação Científica/PIBIC.

**Resumo** Objetivou-se analisar autopercepção e necessidades de saúde de um grupo populacional em um município de Santa Catarina. Foi realizado estudo descritivo-transversal, com 255 usuários de terminal rodoviário urbano. Utilizou-se questionário para coleta de dados demográficos, de autoavaliação de saúde, condição funcional, morbidade, necessidades de saúde. Dados quantitativos foram analisados por estatística descritiva e inferencial, com teste qui-quadrado de Pearson, a 5% de significância, no programa *Statistical Package for Social Sciences*. Dados qualitativos foram tratados por análise de conteúdo. A amostra foi composta predominantemente por mulheres (64,3%; 164), adultas (72,2%; 184), com ensino médio completo (39,2%;

100). A prevalência de autoavaliação de saúde negativa foi de 35,7% (91), maior entre idosos (54,2%; 32), portadores de morbidades (44,3%) e/ou de limitações funcionais (70,8%; 46). As necessidades de saúde foram relacionadas ao estilo de vida (62,4%; 151) e ao acesso a bens/serviços de saúde (26,4%; 64), estando associadas à autoavaliação de saúde. O perfil de idade e escolaridade observado explica a prevalência de autopercepção de saúde positiva e necessidades em dimensões biopsicossociais da vida. Sugere-se que os profissionais de saúde reflitam sobre percepções e necessidades de saúde dos usuários, como recurso para redução de vulnerabilidades e promoção da saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Autoavaliação. Autoavaliação diagnóstica. Serviços Básicos de Saúde – Demanda. Vulnerabilidade em Saúde.

**Abstract** This study aimed to analyze health self-perception and needs of a population group in a municipality in the state of Santa Catarina. A descriptive cross-sectional study was carried out with 255 users of urban buses. A questionnaire was used for the collection of demographic data, health self-assessment, functional status, morbidity data, health needs. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics, with Pearson's chi-square test, at 5% significance in the Statistical Package for Social Sciences. Qualitative data were analyzed through content analysis. The sample consisted mainly of adult (72.2%; 184) women (64.3%; 164), with high school level (39.2%; 100). The prevalence of negative self-perception on health was 35.7% (91), higher in the elderly (54.2%; 32), in those with morbidities (44.3%), and / or functional limitations (70.8%; 46). Health needs were related to lifestyle (62.4%; 151) and access to health services (26.4%; 64), being associated with health self-assessment. The age and education profile observed helps to explain the prevalence of positive health self-perception, and health needs in biopsychosocial dimensions of life. It is suggested that health professionals reflect on users' perceptions and health needs as a resource to reduce vulnerabilities and promote health.

**KEYWORDS:** Self-Assessment. Diagnostic Self-assessment. Basic Health Services - Demand. Health Vulnerability.

## Introdução

A complexidade da vida contemporânea, associada à transição demográfica e à difusão de novos padrões de comportamento, vem condicionando mudanças importantes no perfil de saúde e adoecimento das populações<sup>1</sup>. Neste contexto, predominam, na atualidade, as doenças crônicas não transmissíveis, que se desenvolvem, especialmente,

em decorrência dos modos de vida produzidos na interação dos sujeitos com o meio<sup>2</sup>.

Para fazer frente às vulnerabilidades decorrentes deste cenário, usualmente são implementadas ações programáticas, fundamentadas na abordagem da biomedicina, com foco na etiologia e no controle das doenças. Contudo, outros saberes – além do biomédico e de suas tecnologias – são acionados

pelas pessoas no processo de viver, como recursos para o enfrentamento de suas vulnerabilidades<sup>3</sup>. Reconhece-se, no entanto, que ainda é preciso avançar no movimento de aproximação com a comunidade, no sentido de oportunizar que as pessoas possam expressar-se, revelando suas percepções sobre o processo de saúde e adoecimento nos espaços em que vivem.

Vale ressaltar que a percepção de saúde é inseparável das condições concretas da existência e diz respeito aos modos de vida dos sujeitos. Os sentidos do processo saúde e adoecimento são configurados social, histórica e culturalmente, representando as experiências singulares de cada um<sup>4</sup> e repercutindo em suas atitudes e práticas cotidianas, em suas relações sociais e em suas demandas por serviços de saúde.

Uma medida válida, robusta, confiável, de fácil captação, avaliação e compreensão, além de apresentar baixo custo, é a da autoavaliação de saúde, que tem sido amplamente utilizada, produzindo importantes preditores de morbidade e mortalidade, independentemente de outros fatores<sup>5-7</sup>. A autoavaliação de saúde capta não só a exposição a doenças, mas também o impacto que essas doenças têm no bem-estar físico, mental e social das pessoas<sup>8</sup>, oportunizando o acesso a dimensões subjetivas da saúde humana<sup>9</sup>.

Este tipo de abordagem evidencia a interpretação – ou a percepção – que as pessoas constroem acerca do seu estado de saúde e contribui para a identificação de diversos fatores relacionados com o processo de saúde e adoecimento<sup>10</sup>, revelando-se um importante indicador subjetivo da multidimensionalidade do construto saúde a partir de componentes físicos, sociais e emocionais, além de incorporar aspectos do bem-estar e da satisfação com a própria vida<sup>11</sup>.

Considerando que as atitudes e as práticas dos sujeitos refletem suas percepções, as quais, se positivas, favorecem o enfrentamento de vulnerabilidades em saúde, este trabalho teve o objetivo de analisar a autopercepção e as necessidades relatadas de saúde de um grupo populacional no maior município do Oeste de Santa Catarina, referência na área da saúde neste território.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo de delineamento transversal, desenvolvido no terminal rodoviário urbano do município de Chapecó (SC), no qual estima-se um fluxo diário médio de 20.000 usuários<sup>12</sup>. Os dados de interesse para o estudo foram coletados por estudantes da área da saúde de uma Universidade local, previamente capacitados, por meio da aplicação de instrumento de pesquisa elaborado especificamente para este fim composto por seis questões fechadas e uma aberta. As questões fechadas permitiram obter dados demográficos (sexo, idade, escolaridade), de autoavaliação do estado de saúde (classificado como muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim), de condição funcional (com ou sem limitação para as atividades da vida diária) e de morbidade referida. A questão aberta avaliou as necessidades de saúde dos participantes, solicitando-os a indicar uma carência que, se suprida, acreditavam que poderia melhorar seu estado de saúde atual.

Em um dia definido por sorteio, na segunda semana do mês de abril de 2015, os estudantes realizaram a coleta de dados da pesquisa. Para tanto, foi feita uma escala, de forma que durante todo o dia permanecessem sempre dois estudantes no terminal urbano. Para a coleta de dados, os estudantes abordaram os usuários presentes no terminal, esclarecendo-os e convidando-os a participar do estudo. Os que concordaram e tinham 18 anos ou mais, assinaram termo de consentimento livre e esclarecido e responderam às questões do instrumento de pesquisa.

Os dados obtidos a partir das questões fechadas foram tabulados, sendo construído um banco no programa Microsoft Excel®, o qual passou por análise de consistência e coerência. Estes dados referiam-se às variáveis demográficas, de autoavaliação do estado de saúde, de condição funcional e de morbidade referida. Já os dados provenientes da questão aberta (relativos às necessidades de saúde), antes de sua codificação e tabulação, foram categorizados segundo a técnica de análise de conteúdo, desenvolvida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação<sup>13</sup>.

Finalizado este processo, o banco foi transposto para o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21.0 e os dados analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Inicialmente, foi realizada análise descritiva dos dados obtidos, apresentando-se as frequências de distribuição dos eventos na população em estudo. Após, foram analisadas as possíveis relações entre as variáveis em estudo, de acordo com o instrumento de pesquisa: avaliação do estado de saúde, da condição funcional, da morbidade referida e das necessidades de saúde, segundo o sexo, idade e escolaridade dos participantes. Para estas análises, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, ou o teste exato de Fischer quando apropriado, adotando-se um nível de significância de 5,0%.

O projeto que originou este estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 0012011) e, no seu desenvolvimento, todos os preceitos éticos vigentes da pesquisa envolvendo seres humanos foram rigorosamente respeitados.

## Resultados

A amostra foi composta por 255 pessoas que utilizaram o terminal rodoviário urbano do município de Chapecó (SC) no dia definido aleatoriamente para a coleta de dados, correspondendo a

**Tabela 1.** Caracterização da população de estudo, Chapecó, SC, 2015.

VARIÁVEIS	N=255
<b>Idade (anos) – média ± DP</b>	44,4 ± 18,0
<b>Faixa Etária – n (%)</b>	
< 20 anos	12 (4,7)
20-39 anos	94 (36,9)
40-59 anos	90 (35,3)
≥60 anos	59 (23,1)
<b>Sexo – n (%)</b>	
Masculino	91 (35,7)
Feminino	164 (64,3)
<b>Escolaridade – n (%)</b>	
Fundamental incompleto	85 (33,3)
Fundamental completo	21 (8,2)
Médio incompleto	17 (6,7)
Médio completo	63 (24,7)
Superior incompleto	37 (14,5)
Superior completo	32 (12,5)

**Tabela 2.** Autopercepção de saúde da população de estudo, Chapecó, SC, 2015.

PERCEÇÃO DE SAÚDE	N (%)
Muito Ruim	4 (1,6)
Ruim	20 (7,8)
Regular	67 (26,3)
Boa	134 (52,5)
Muito Boa	30 (11,8)

aproximadamente 1,3% do contingente diário de usuários estimado<sup>12</sup>. A média de idade dos participantes foi de 44,4 anos (± 18,0), com mínimo de 18 e máximo de 89 anos. Complementando

**Tabela 3.** Frequência e categorização das necessidades de saúde relatadas pela população de estudo, Chapecó, SC, 2015.

CATEGORIA	CATEGORIA	N (%) <sup>a</sup>
GRUPO 1 Necessidades relacionadas com o estilo de vida, em dimensões biopsicossociais	Ter tempo (para comer, dormir, cuidar-se, dedicar ao lazer e a praticar atividade física).	151 (62,4)
	Ter companhia.	
	Enfrentar o sedentarismo (praticar atividade física, melhorar condicionamento físico).	
	Ter melhores condições de trabalho (com menor sobrecarga).	
	Ter mais lazer.	
	Ter alimentação adequada.	
GRUPO 2 Necessidades relacionadas com a doença e o acesso a bens e serviços de saúde	Ter sossego, tranquilidade, atitude positiva, disposição, mais contato com a natureza.	64 (26,4)
	Dedicar-se ao autocuidado (melhorar hábitos alimentares, perder peso, praticar atividade física, cuidar da qualidade e da quantidade do sono e do lazer, disciplinar-se para aderir às terapêuticas indicadas, enfrentar o consumo de tabaco e álcool).	
	Ter acesso a bens e serviços de saúde (públicos e privados, em maior quantidade, qualidade e agilidade no atendimento, médicos de diversas especialidades e outros especialistas, qualidade da relação dos profissionais com os usuários, medicamentos, estrutura dos serviços, tempo de espera, etc.).	
	Ser mais saudável (não ter doenças, poder comer e beber o que gosta, ser mais jovem).	
GRUPO 3	Ter dinheiro.	27 (11,2)
	Nada.	
	Não soube responder.	

<sup>a</sup>Total de 242 respondentes.

o perfil da população de estudo, observou-se predominância do sexo feminino (64,3%; n=164), da faixa etária adulta (72,2%; n=184) e de escolaridade em nível de ensino médio completo (39,2%; n=100). A caracterização completa da amostra está apresentada na Tabela 1.

Quanto à autopercepção de saúde, 91 (35,7%) respondentes manifestaram considerar seu próprio estado de saúde entre muito ruim e regular quando comparado ao de outras pessoas de mesma idade, enquanto 164 (64,3%) o consideraram bom ou muito bom (Tabela 2).

As necessidades de saúde relatadas pelos participantes foram agrupadas em três categorias, tendo predominado as necessidades do Grupo 1 (62,4%) (Tabela 3).

Com relação ao perfil autorrelatado de morbidade e condição funcional da população de estudo (Tabela 4), destaca-se que os agravos mais frequentes foram as doenças osteomusculares (31,0%; n=79), hipertensão arterial (22,7%; n=58) e depressão (10,6%; n=27).

**Tabela 4.** Perfil de morbidade e condição funcional relatada pela população de estudo, Chapecó, SC, 2015.

VARIÁVEIS	N (%)
<b>Morbidade Associada</b>	
Sem relato de morbidade	97 (38,0)
Com relato de morbidade	158 (62,0)
<b>Agravo</b>	
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	58 (22,7)
Diabetes Mellitus (DM)	22 (8,6)
Doença Cardiovascular (DCV)	23 (9,0)
Câncer (CA)	4 (1,6)
Doença Osteomuscular (DOM)	79 (31,0)
Doença Respiratória (DResp)	20 (7,8)
Insuficiência Renal Crônica (IRC)	5 (2,0)
Depressão	27 (10,6)
Cirrose	2 (0,8)
Outros Agravos	12 (4,7)
<b>Condição Funcional</b>	
Com Limitações	65 (25,5)
Sem Limitações	190 (74,5)

A variável autopercepção de saúde dicotomizada (muito ruim/ruim/regular e boa/muito boa) apresentou associação com o perfil sociodemográfico da população em estudo quanto

**Tabela 5.** Associação das variáveis testadas com a autopercepção de saúde dicotomizada da população de estudo, Chapecó, SC, 2015.

VARIÁVEIS	N	MUITO RUIM/RUIM/REGULAR	BOA/MUITO BOA	P
<b>Idade (anos) – média ± DP</b>	255	51,6 ± 17,3	40,3 ± 17,2	<0,01*
<b>Sexo – n (%)</b>				0,897**
Masculino	91	32 (35,2)	59 (64,8)	
Feminino	164	59 (36,0)	105 (64,0)	
<b>Faixa Etária – n (%)</b>				<0,01**
< 20 anos	12	2 (16,7)	10 (83,3)	
20-39 anos	94	17 (18,1)	77 (81,9)	
40-59 anos	90	40 (44,4)	50 (55,6)	
≥60 anos	59	32 (54,2)	27 (45,8)	
<b>Nível de escolaridade</b>				<0,01***
Fundamental incompleto	85	46 (54,1)	39 (45,9)	
Fundamental completo	21	10 (47,6)	11 (52,4)	
Médio incompleto	17	7 (41,2)	10 (58,8)	
Médio completo	63	17 (27,0)	46 (73,0)	
Superior incompleto	37	9 (24,3)	28 (75,7)	
Superior completo	32	2 (6,3)	30 (93,8)	
<b>Morbidade</b>				<0,01**
Sem relato	97	21 (21,6)	76 (78,4)	
Com relato	158	70 (44,3)	88 (55,7)	
<b>Condição Funcional – n (%)</b>				<0,01**
Com Limitações	65	46 (70,8)	19 (29,2)	
Sem Limitações	190	45 (23,7)	145 (76,3)	
<b>Necessidades de Saúde</b>				<0,01**
Grupo 1	151	44 (50,6)	107 (69,0)	
Grupo 2	64	37 (42,5)	27 (17,4)	
Grupo 3	27	6 (6,9)	21 (13,5)	

\* Teste t-student    \*\* Teste qui-quadrado de Pearson    \*\*\* Teste qui-quadrado de tendência linear.

à idade e faixa etária ( $p < 0,01$ ) e à escolaridade ( $p < 0,01$ ). Assim, a percepção de saúde boa e muito boa foi mais referida pelos participantes com maior nível de escolaridade e entre os que tinham até 39 anos. Inclusive, constatou-se média de idade superior entre os respondentes que tinham percepção de saúde muito ruim/ruim/regular quando comparados aos que expressaram percepção de saúde boa/muito boa (51,6 vs 40,3 anos) (Tabela 5).

Também foi constatada associação da percepção de saúde dicotomizada com a condição funcional ( $p < 0,01$ ), com a existência de morbidade associada ( $p < 0,01$ ) e com o perfil de necessidades de saúde relatadas ( $p < 0,01$ ). Os participantes que afirmaram ter alguma limitação ou dificuldade na realização de suas atividades diárias apresentaram mais percepção de saúde entre muito ruim e regular quando comparados aos que relataram não ter quaisquer limitações (70,8% vs 23,7%) (Tabela 5).

Os entrevistados que afirmaram não ter quaisquer morbidades previamente diagnosticadas apresentaram maior prevalência de percepção de saúde boa/muito boa quando comparados aos que relataram algum agravamento (78,4% vs 55,7%).

Na mesma lógica, a proporção de participantes que referiu necessidades de saúde do Grupo 1 foi maior entre os que tinham percepção de saúde boa/muito boa em comparação com os que tinham percepção entre muito ruim e regular (69,0% vs 50,6%), observando-se o contrário para as necessidades do Grupo 2 (17,4% vs 42,5%) (Tabela 5).

Finalmente, não houve associação da percepção de saúde com a variável sexo ( $p = 0,897$ ), a qual – salienta-se – não esteve associada a quaisquer das variáveis do estudo ( $p > 0,05$ ).

## Discussão

Este estudo abordou a autopercepção de saúde de uma amostra da população com 18 anos ou mais, usuária do terminal de transporte coletivo urbano do município de Chapecó (SC), na região Sul do Brasil. Considerar a autopercepção de saúde é um recurso para compreender o processo saúde e adoecimento a partir de suas dimensões

subjettivas e em sua natureza multidimensional. Além disso, ao conjugar o estudo das necessidades de saúde relatadas pelos participantes, esta pesquisa construiu uma via de acesso ampliado às (inter)subjettividades implicadas no processo saúde-doença e à compreensão dos significados da autopercepção de saúde no grupo avaliado.

Os resultados deste estudo evidenciam que o avanço da idade, um menor nível de escolaridade, a presença de limitação ou dificuldade na realização das atividades da vida diária e a existência de alguma doença foram fatores associados à autopercepção de saúde entre muito ruim e regular no grupo avaliado.

Nesta investigação, foi constatado que 35,7% dos participantes avaliaram seu estado de saúde entre muito ruim e regular, sendo essa frequência consideravelmente mais elevada entre aqueles com mais de 60 anos. Estes achados são compatíveis com outras pesquisas já realizadas sobre o tema<sup>14,15,16,17,9</sup>, que têm estabelecido a idade como uma variável relacionada à piora da percepção subjettiva de saúde expressa pelas pessoas, o que pode ser explicado, principalmente, pelo fato de o processo de envelhecimento estar intimamente ligado à maior prevalência de doenças crônicas, bem como à crescente limitação para a realização das atividades diárias. Outro aspecto a ser considerado diz respeito à restrição das relações sociais vivenciada por muitos idosos, seja pela deterioração do seu estado de saúde geral ou, mesmo, pela falta de disponibilidade afetiva e de oportunidade de convívio com pessoas próximas, como os familiares, o que acaba por interferir diretamente na autopercepção do estado de saúde<sup>18-20</sup>.

Estas associações indicam uma concepção de saúde como ausência de doença, noção que parece estar profundamente enraizada nos saberes do senso comum e que é reforçada, segundo Souza e Botazzo<sup>21</sup>, pela forma como, ainda hoje, o cuidado em saúde é pensado e organizado em nível local, em um modelo que objetiva a demanda traduzida como doença, tornando-a real. Nesta lógica, a prática social das equipes de saúde se configura considerando que o motivo que leva o usuário ao serviço de saúde é a necessidade de curar ou evitar um agravamento; em consequência, são concretizados

modos de atenção à saúde que se organizam no sentido de acolher essa doença estabelecida, ou de evitar que se instale<sup>21</sup>.

Dois outros fatores que estiveram associados a uma pior autopercepção de saúde, independentemente da idade, foram as limitações funcionais e a presença de morbididades. Doenças osteomusculares, hipertensão arterial e depressão representam as enfermidades de maior prevalência no grupo avaliado, no qual cerca de metade dos participantes informou uma autoavaliação negativa do estado de saúde.

Com um índice ainda mais expressivo de autopercepção de saúde entre muito ruim e regular (70,8%), encontram-se os participantes com limitações funcionais, o que sugere que a percepção de estar doente possa estar mais relacionada à ideia de incapacidade do que propriamente à existência de doenças efetivamente estabelecidas. Estas observações corroboram os achados da literatura<sup>14,15,22,20,23,24,25</sup>, os quais apresentam tanto as limitações físicas quanto a presença de doenças crônicas como fatores estreitamente relacionados a uma autoavaliação negativa de saúde pelos portadores. Essa compatibilidade com os relatos de outros autores não só aponta a validade dos resultados deste estudo como reforça a maior vulnerabilidade daqueles que expressam percepção ruim de seu estado de saúde, indicando a pertinência de que as equipes de saúde desenvolvam um olhar atento, na perspectiva de um cuidado integral a estes grupos.

Ainda no âmbito da autopercepção de saúde, cabe registrar sua associação com o variável nível de escolaridade. Nesta pesquisa, constatou-se que a percepção subjetiva do estado de saúde dos participantes melhorou com o aumento da escolaridade relatada, o que é coerente com um estudo anterior que se debruçou sobre os resultados do Inquérito de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico/VIGITEL<sup>8</sup>, tendo sido relatado que, além de estar associada à pior autoavaliação de saúde, a menor escolaridade, de modo geral, também esteve relacionada aos fatores de risco avaliados, como menor cobertura de exames de prevenção de câncer, tabagismo, maior prevalência de hipertensão arterial

e diabetes, maior consumo de carne com excesso de gordura e de refrigerantes, e menor consumo de frutas e hortaliças<sup>26</sup>.

Buscando explicar esta relação, Pavão, Werneck e Campos<sup>11</sup> afirmaram que a escolaridade tem um efeito acentuado por constituir-se um importante mediador da relação entre nível socioeconômico e percepção de saúde. Neste sentido, os autores argumentam que o nível de instrução é a principal causa das desigualdades sociais em saúde, refletindo o potencial humano em termos de suas habilidades (cognitivas e não cognitivas) para conquistar melhores condições de vida. E complementam, esclarecendo que um maior nível de escolaridade tende a oportunizar que as pessoas acessem informações sobre hábitos saudáveis e ainda que as incorporem às suas vidas.

Essas considerações sugerem uma aproximação com o referencial teórico das vulnerabilidades em saúde, definidas como indicadores de iniquidade e desigualdade social. O quadro conceitual da vulnerabilidade apresenta este construto a partir da inter-relação de três dimensões: a individual, a social e a programática. A primeira dimensão parte do princípio de que todos os indivíduos são suscetíveis, em maior ou menor grau, em função de características, conhecimentos, atitudes, percepções e capacidades pessoais que os tornam mais expostos aos desafios que se apresentam ou mais preparados para enfrentá-los; a segunda diz respeito a aspectos do contexto social em que as pessoas vivem suas vidas; por fim, a dimensão programática da vulnerabilidade diz respeito à mediação da vida das pessoas nos seus contextos sociais pelas instituições, políticas, programas e serviços disponíveis<sup>27-28</sup>.

Neste ponto, convém destacar que as variáveis idade, escolaridade, limitação da condição funcional e presença de doença instalada constituem fatores de vulnerabilidade no âmbito da dimensão individual deste construto. Na perspectiva da dimensão individual da vulnerabilidade, parte-se do princípio de que toda pessoa pode experimentar um dado evento ou proteger-se dele, o que envolve aspectos que vão desde a sua constituição física e estado de saúde até o seu modo de conduzir a vida, passando pelas suas crenças, valores, momento emocional e

incluindo recursos pessoais que a habilitem para acessar, compreender e aplicar informações para a saúde no cotidiano<sup>29</sup>.

No intuito de ampliar as possibilidades de compreensão sobre a percepção subjetiva de saúde expressa pelo grupo avaliado, também foram abordadas, neste estudo, suas necessidades de saúde relatadas. A este propósito, é pertinente esclarecer que existem várias definições para a expressão necessidades de saúde. Em uma perspectiva ampliada, este construto envolveria não apenas as necessidades ligadas à assistência à saúde, mas também aquelas derivadas de outras dimensões, considerando-se que a saúde é um direito universal e que não se limita à ausência de doença, tendo natureza multideterminada<sup>30</sup>.

Em seu sentido abstrato, as necessidades estariam relacionadas a aspectos históricos e sociais, envolvendo as dimensões do direito à saúde, as necessidades relacionadas à garantia de sobrevivência e, ainda, elementos relacionados à determinação social da saúde. Em seu sentido concreto-operacional, as necessidades de saúde são aquelas estabelecidas por quem organiza a assistência e o planejamento em saúde, relacionadas à definição do objeto de atenção à saúde<sup>31</sup>.

Alguns autores adotam uma abordagem alinhada à perspectiva concreto-operacional, classificando as necessidades de saúde como percebidas (relacionadas ao campo das expectativas ou desejos), expressas (verbalizadas na demanda ou no uso dos serviços de saúde), normativas (relacionadas à avaliação por profissionais de saúde) e comparativas (aquelas que são comuns a pessoas com um mesmo perfil sociodemográfico)<sup>30</sup>.

Outra linha trata as necessidades de saúde como satisfeitas ou insatisfeitas. Estas últimas seriam aquelas para as quais as pessoas não recebem um serviço considerado necessário para a solução de um problema, o que evidencia a relação entre uma necessidade de saúde insatisfeita e o acesso aos serviços, incluindo as necessidades percebidas, mas que não são convertidas em necessidades expressas<sup>32</sup>. Osório, Servo e Piola<sup>30</sup> alertam para o fato de que necessidades de saúde

podem se caracterizar como insatisfeitas não só pela restrição de acesso aos serviços, mas também em situações em que o usuário acessa o serviço de saúde e não obtém o atendimento adequado, ou naquelas em que, mesmo diante de uma necessidade, ele não procura a assistência à saúde.

Há, ainda, uma distinção importante a ser feita: a demanda de saúde é a busca explícita do usuário, modelada pela oferta feita pelos serviços. Já as necessidades de saúde correspondem às traduções que a equipe da saúde, juntamente com o usuário, realiza no processo de intervenção em saúde, em uma dinâmica social e historicamente determinada. Nesta lógica, uma taxonomia possível das necessidades de saúde as classificaria em quatro conjuntos: boas condições de vida, acesso ao consumo de tecnologias para melhorar e ou prolongar a vida, vínculos (a)efetivos entre usuários e profissionais, graus crescentes de autonomia nos modos de andar a vida<sup>33</sup>.

A análise das necessidades de saúde relatadas pelos participantes deste estudo resultou em seu agrupamento em três categorias. As necessidades do Grupo I predominaram (62,4%) e estiveram relacionadas com o estilo de vida, englobando dimensões biopsicossociais. Já as necessidades do Grupo II (26,4%) estiveram relacionadas com a perspectiva da doença (atual ou futura) e com o acesso a bens e serviços de saúde. Sublinha-se que parte do grupo avaliado (11,2%) manifestou não ter nenhuma necessidade de saúde ou não saber responder a este questionamento. Esta observação pode indicar que os participantes não tinham, efetivamente, qualquer necessidade de saúde insatisfeita na ocasião da pesquisa, embora essa hipótese pareça pouco provável, dada a característica própria do viver humano de buscar permanentemente a satisfação de novas necessidades. Por outro lado, a ausência de uma necessidade de saúde a ser relatada pode significar que estes entrevistados concebiam a saúde como ausência de doença e, naquele momento, não apresentavam nenhum problema a ser solucionado neste âmbito.

Traçando um paralelo com a literatura, considera-se que as necessidades do Grupo I

alinham-se a uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença, referindo-se àquilo que Cecílio<sup>33</sup> define como boas condições de vida e graus crescentes de autonomia nos modos de andar a vida. Argumenta-se que as necessidades situadas nesta categoria evidenciam uma concepção de saúde alargada, que extrapola a limitação e a doença e, não por acaso, provavelmente, esteve associada à percepção subjetiva de saúde entre boa e muito boa. Complementa-se que as necessidades desta categoria revelam uma maturidade dos entrevistados na medida em que manifestam um senso de compartilhamento de responsabilidades pela conquista da saúde quando reclamam por melhores condições de trabalho e por mais tempo disponível, por exemplo, mas também assumem que precisam colocar-se com mais dedicação no processo de autocuidado. Em suma, as necessidades citadas nesta categoria apontam para um entendimento que se aproxima das premissas da Carta de Otawa, um dos documentos mais significativos já produzidos acerca de uma ideia mais ampliada de saúde, que define como princípios para sua promoção políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde<sup>34</sup>.

Fazendo o contraponto, as necessidades do Grupo II aproximam-se de uma noção concreto-operacional, alinhando-se ao que Cecílio<sup>33</sup> define como acesso ao consumo de tecnologias, mas também se referem à criação de vínculos (a)efetivos entre usuários e profissionais. Frente ao relato destas necessidades, destaca-se que, no Brasil, a prática social de atenção à saúde ainda se traduz, em maior proporção do que seria esperado ou desejável, em uma organização dos serviços no sentido de tratar e ou prevenir a doença<sup>21</sup>, predominantemente por meio de consultas médicas<sup>31</sup>.

Contudo, a Constituição Federal de 1988<sup>35</sup> reconhece que a saúde não pode ser conquistada apenas por meio de atenção à doença, requerendo ações que incidam sobre seus determinantes e condicionantes no atendimento das necessidades da população. Logo, a concepção de saúde adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) sanciona

necessidades de saúde ampliadas, para as quais deveriam ser produzidas respostas mais complexas, que não neguem, mas superem as ações curativas<sup>31</sup>.

Ressalta-se que o fato de uma parte dos entrevistados ter relatado necessidades de saúde classificadas no Grupo II indica que consideram o acesso a bens e serviços de saúde como sendo mais relevante do que a construção de um contexto de vida saudável. Nesse sentido, pondera-se que este tipo de necessidade pertence ao nível mais elementar<sup>30</sup>, e que sua menção, pelos entrevistados, evidencia que apresentam carências básicas de assistência à saúde.

Tomando-se o conjunto das necessidades de saúde dos Grupos I e II, argumenta-se que refletem necessidades insatisfeitas relativas às várias dimensões de um direito que, em teoria, é universal – o que já foi citado em outros estudos<sup>36-37</sup>, corroborando a pertinência de se disseminar um processo de reflexão sobre a produção da saúde a partir das necessidades individuais e coletivas e dos referenciais que as fundamentam.

Sob a perspectiva do referencial teórico das vulnerabilidades em saúde<sup>27</sup>, propõe-se que as necessidades relatadas neste estudo estão alinhadas às dimensões individual, social e programática. Nesta lógica, as necessidades do Grupo I refletem vulnerabilidades individuais e sociais – relativas ao estado de saúde, aos recursos pessoais, atitudes e modos de vida adotados pelos sujeitos em contexto de relação –, enquanto as do Grupo II indicam, predominantemente, vulnerabilidades programáticas (acesso a bens e serviços de saúde, organização dos serviços), embora incluam as de natureza individual (ser mais saudável) e social (acesso a recursos materiais).

Em síntese, o perfil dos participantes deste estudo o situa como um grupo formado, predominantemente, por mulheres adultas jovens com escolaridade em nível de ensino médio completo, com relato de alguma morbidade, embora sem limitações da condição funcional. Este perfil explica, pelo menos parcialmente, a prevalência de autopercepção de saúde boa ou muito boa, e de necessidades de saúde ampliadas, ligadas às

dimensões biopsicossociais do processo de viver. Estes achados apontam para a importância de que os profissionais de saúde reflitam sobre as percepções subjetivas e as necessidades de saúde dos usuários dos serviços, para além de centrarem-se no atendimento de demandas.

### Considerações finais

A esse respeito, parece pertinente questionar em que medida as equipes de saúde efetivamente dão voz aos usuários e se mobilizam no sentido de compreender suas necessidades a partir da perspectiva das subjetividades implicadas na produção da saúde e da doença. Argumenta-se que os serviços, ao não empreenderem processos de escuta ativa e atenta dos usuários, podem estar acionando mecanismos de incentivo de demandas operacionais intermináveis. Relevante seria, nesse sentido, refletir sobre como profissionais de saúde traduzem as necessidades dos usuários e intervêm a partir delas.

Propõe-se, neste contexto, que construtos como a autopercepção de saúde e as necessidades de saúde podem ser importantes indicadores em estudos epidemiológicos<sup>9</sup>. No entanto, para além disso, sugere-se que são recursos que podem favorecer práticas de atenção à saúde que se caracterizam como encontros de subjetividades. Nessa perspectiva, podem contribuir expressivamente para reorientar os fazeres profissionais desde uma lógica geradora de demandas em direção da promoção da saúde.

### Referências bibliográficas

1. WHO - World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever [internet]. 2008 [acesso em: 2014 dez 20]. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2008/en/>>.
2. Câmara AMCS, Melo VLC, Gomes MGP, Pena BC, Silva AP, Oliveira KM, Moraes, APS, Coelho GR, Victorino LR. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. Rev Bras de Educ Médica. 2012 Jan/Mar; 36(supl.1):40-50.
3. Canesqui AM. Reflexões sobre os conceitos de saúde e doença e suas implicações. Physis Rev. Saúde Coletiva. 2016 jan/mar 26(1):369-72.

4. Czeresnia D, Maciel EMGS, Oviedo RAM. Os sentidos da saúde e da doença. Rio de Janeiro: Edição 1; 2013.
5. Pikhart H, Bobak M, Siegrist J, Pajak A, Rywik S, Kyshegyi J, et al. Psychosocial work characteristics and self-rated health in four post-communist countries. J Epidemiol Community Health. 2001 set; 55(9):624-30.
6. Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. Soc Sci Med. 2003 jun; 56(12): 2505-14.
7. Meireles AL, Xavier CC, Proietti AF, Caiaffa WT. Influence of individual and socio-environmental factors on self-rated health in adolescents. Rev Bras Epidemiol. 2015 jul/set; 18(3): 538-51.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
9. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. Ciênc Saúde Coletiva. 2012 dez; 17(12):3353-62.
10. Almeida JRS, Alencar CH, Barbosa JC et al. Autopercepção de Pessoas acometidas pela hanseníase sobre SUA saúde bucal e necessidade de Tratamento. Ciênc Saúde Coletiva. 2013 mar; 18(3):817-26.
11. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. Cad Saúde Pública. 2013 abr; 29(4): 723-34.
12. Redecom. As idas e vindas no sacolejo do coletivo [internet]. 2013. [acesso em: 2014 dez 9]. Disponível em: <[http://redecomsc.com.br/portal/noticias/noticias/As\\_idas\\_e\\_vindas\\_no\\_sacolejo\\_do\\_coletivo\\_\\_766](http://redecomsc.com.br/portal/noticias/noticias/As_idas_e_vindas_no_sacolejo_do_coletivo__766)>.
13. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
14. Arruda GO, Santos AL, Teston EF, Cecilio HPM, Radovanovic CAT, Marcon SS. Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. Rev Esc Enferm. 2015 fev; 49(1):61-68.
15. Bezerra P, Opitz SP, Koifman RJ, Muniz PT. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. Cad Saúde Pública. 2011 dez; 27(12):2441-51.
16. Borges AM, Santos G, Kummer JA. et al. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2014 jan/mar; 17(1):79-86.
17. Lebrao ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol. 2005 jun; 8(2):127-41.
18. Lopes MSV, Saraiva KRO, Fernandes AF, Ximenes LB. Análise do conceito de promoção da saúde. Texto Contexto Enferm. 2010 jul/set; 19(3): 461-68.
19. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves IG. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. Rev Bras Epidemiol. 2012 jun; 15(2):415-28.
20. Silva IT, Pinto Junior EP, Vilela ABA. Autopercepção de saúde

- de idosos que vivem em estado de coresidência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014; 17(2): 275-87.
21. Souza CR, Botazzo C. Construção social da demanda em saúde. *Physis*. 2013 abr/jun; 23(2):393-413.
22. Fonseca AS, Blnk VLG, Barros MVG, Nahas MV. Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008 mar 24(3):567-76.
23. Souza MC, Otero BU, Almeida ML, Barreto SRT, Figueiredo VC, Lozana JA. Autoavaliação de saúde e limitações físicas decorrentes de problemas de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2011 abr; 42(4): 741-749.
24. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008 fev; 42(1):73-81.
25. Traebert J, Bortoluzzi MC, Kehrig RT. Autopercepção das condições de saúde da população adulta, Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2011 jun; 45(4): 789-93.
26. Malta DC, Campos MO, Oliveira MM, Iser BPM, Bernal RTI, Claro RM, Monteiro CA, Silva JBJ, Reis AAC. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015 jul/set; 24(3):373-387.
27. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Edição 1; 2003
28. Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti HC Filho, França I Júnior. Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde. In: Campos GWS et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Edições 2; 2012.
29. Ayres JRCM, Paiva V, França I Junior. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva v, Ayres JRC, Buchalla CM (Coord.). *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde*. Curitiba: Edição 1; 2012.
30. Osório RG, Servo Lms, Piola F. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011 Set;16(9): 3741-54.
31. Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface*. 2007 set/dez; 11(23):605-18.
32. Cavalleri M. Geographical patterns of unmet health care needs in Italy: MPRA, [internet]. 2009 [acesso em: 2016 jul 21] Disponível em: <[http://mpra.ub.uni-muenchen.de/16097/1/MPRA\\_paper\\_16097.pdf](http://mpra.ub.uni-muenchen.de/16097/1/MPRA_paper_16097.pdf)>. Acesso em: 21 jul. 2016.
33. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Edições 6; 2006.
34. OMS – Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa. I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Canadá: OMS, 1986.
35. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [internet]. Brasília, DF, 1988 [acesso em 2016 mar 11] Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>.
36. Correa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011 set; 32(3):451-457.
37. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc*. 2015 jan/mar; 27(12): 100-12.

DATA DE SUBMISSÃO: 31/08/2016

DATA DE ACEITE: 21/10/2016