

Necessidades de saúde das mulheres feirantes: acesso, vínculo e acolhimento como práticas de integralidade



Health needs of street market saleswomen: access, connection and welcoming as integral practices

Necesidades de las mujeres de feria: acceso, enlaces y recepción como las prácticas integridad

Ana Hirley Rodrigues Magalhães^{a,c}
 José Reginaldo Feijão Parente^{a,b}
 Maria Adelane Monteiro da Silva^a
 Ivna de Holanda Pereira^b
 Maristela Inês Osawa Vasconcelos^a
 Raquel Xavier Guimarães^a

Como citar este artigo:

Magalhães AHR, Parente JRF, Silva MAM, Pereira IH, Vasconcelos MIO, Guimarães RX. Necessidades de saúde das mulheres feirantes: acesso, vínculo e acolhimento como práticas de integralidade. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(esp):e2016-0026. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0026>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0026>

RESUMO

Objetivo: Analisar as necessidades de saúde das mulheres feirantes do Mercado Público de um município do Nordeste do Brasil.

Método: Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, com quinze mulheres feirantes de um mercado público. A produção de dados incluiu entrevistas semiestruturadas, de abril a maio de 2016.

Resultados: Os dados foram analisados mediante a técnica análise de conteúdo, emergindo a seguinte categoria temática: "Necessidades de acesso aos serviços de saúde e práticas profissionais humanizadas". As mulheres participantes do estudo destacaram a garantia do acesso, vínculo e acolhimento como práticas propulsoras para o reconhecimento das necessidades de saúde, enfrentamento do processo saúde-doença e integralidade do cuidado.

Conclusões: O acolhimento com identificação das necessidades e produção de vínculo contribuirá para que as feirantes se reconheçam como sujeitos de suas necessidades, fortalecendo sua autonomia, o empoderamento e o autocuidado.

Palavras-chave: Necessidades e demandas de serviços de saúde. Cuidados de enfermagem. Trabalho feminino. Assistência integral à saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the health needs of street market saleswomen of the Mercado Público (Public Market) of a municipality in Northeastern Brazil.

Method: Qualitative, exploratory and descriptive study, with fifteen saleswomen in a public market. Data production means included semi-structured interviews, April-May 2016.

Results: Data were analyzed using the analysis of technical content technique, from which the following theme category emerged: "Access needs to health services and professional humanized practices." The women in the study highlighted the guarantee of access, connection and welcoming as driving practices for the recognition of health needs confronting the health-disease process and comprehensive care.

Conclusions: Being welcomed, identifying needs and producing a bond will contribute to these women recognizing themselves as subjects of their needs, strengthening their autonomy, empowerment and self-care.

Keywords: Health services needs and demand. Nursing care. Female work. Comprehensive health care.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las necesidades sanitarias de las mujeres puesteras de un mercado público en una ciudad del Noreste de Brasil.

Método: Estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, con quince vendedoras ambulantes de un mercado público. Los datos de producción incluyeron entrevistas semiestruturadas, abril-mayo de 2016.

Resultados: Los datos fueron analizados mediante el análisis de contenido técnico, emergiendo las siguientes categorías temáticas: "Las necesidades de acceso a servicios de salud y prácticas profesionales humanizados". Las mujeres en el estudio destacaron la garantía de acceso, vínculo y acogida como las prácticas de conducción para el reconocimiento de las necesidades de salud que enfrenta el proceso salud-enfermedad y la atención integral.

Conclusión: La acogida con la identificación de las necesidades y producción de vínculo contribuirá para que las puesteras se reconozcan como sujetos de sus necesidades, el fortalecimiento de su autonomía, el empoderamiento y el autocuidado.

Palabras clave: Necesidades y demandas de servicios de salud. Atención de enfermería. Trabajo femenino. Atención integral a la salud.

^a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Mestrado Profissional em Saúde da Família. Sobral, Ceará, Brasil.

^b Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Curso de Pedagogia. Sobral, Ceará, Brasil.

^c Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA), Curso de Enfermagem. Sobral, Ceará, Brasil.

INTRODUÇÃO

A feira popular agrega predominantemente o trabalho informal, além de chamar a atenção, o trabalho das mulheres nesses ambientes, representando uma significativa parcela da população pouco assistida, mesmo apresentando grande vulnerabilidade à saúde relacionada ao tipo de atividade laboral que realizam, tendo como uma de suas características a variabilidade da renda mensal que acaba por gerar conflitos, estresse e desestruturação da rede familiar, refletindo negativamente em sua saúde⁽¹⁾.

O trabalho desenvolvido pelas feirantes apresenta dificuldades, como a jornada extensa, chegando a uma carga horária de onze horas/dia, com exposição a condições laborais inadequadas, a exemplo de ficarem em pé por muito tempo, deslocando-se de um lado a outro no interior do boxe, não terem hora fixa para fazer as refeições e fazê-las no ambiente de trabalho entre um atendimento e outro aos fregueses. Enfrentam também problemas econômicos em função de auferirem renda mensal variável devido ao caráter autônomo da profissão.

Este estudo aborda as necessidades de saúde das mulheres feirantes, sua relevância se justifica na medida em que essas condições podem contribuir para o surgimento de doenças, alterações emocionais, e deficiência de informação sobre hábitos de vida saudáveis devido à dificuldade de acessibilidade aos serviços de saúde, causando também limitação no enfrentamento do problema.

A saúde da mulher, sendo contemplada por políticas públicas com programas de saúde específicos, as ações estão mais voltadas para a atenção ao ciclo gravídico puerperal, e a dimensão de suas necessidades não são pensadas nas ações básicas de saúde. A equipe tem dificuldades de entendimento e compreensão das especificidades dessas problemáticas de saúde, da linguagem e concepção de mundo dessas mulheres.

Constata-se que pesquisas desenvolvidas com mulheres feirantes estão mais voltadas para o empreendedorismo e enfoque de gênero no trabalho. E apesar de haver estudos sobre as condições de trabalho e saúde das mulheres feirantes⁽²⁻³⁾, até o momento não foram identificadas pesquisas que abarcassem as necessidades de saúde dessas trabalhadoras informais; sobre a forma como essas pessoas vivenciam, pensam e percebem o mundo.

Faz-se necessário conhecer essas necessidades, compreendendo os significados sobre sua natureza na interseção dos sujeitos implicados, nos momentos da produção e do consumo da saúde, de forma a buscar promover a autonomia dos sujeitos, transformando as práticas de saúde vigentes e introduzindo novas possibilidades⁽⁴⁾.

Destarte, para responder às necessidades de saúde mediante as singularidades das mulheres feirantes, faz-se mister o cuidado integral. Tomar a integralidade como eixo da atenção implica tomar as necessidades de saúde como referência para organizar os serviços e as práticas de saúde. Assim, no espaço singular de cada serviço de saúde, a integralidade poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual. O resultado desta “integralidade focalizada” há de ser o resultado do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo com seus múltiplos saberes e comprometidos com a maior integralidade possível⁽⁵⁾.

No entanto, considerando os avanços alcançados, percebe-se que a integralidade da assistência ainda não acontece como deveria. O trabalho das equipes de saúde se organiza de forma tecnicista e fragmentada, centrado na doença, direcionado a grupos específicos, não levando em consideração as necessidades de saúde dos indivíduos e sem articulação dos setores da sociedade.

A integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por mais competente e comprometida que seja a equipe, por melhor que seja a comunicação entre os trabalhadores e a coordenação de suas práticas. A batalha pela melhoria das condições de vida e o acesso a todas as tecnologias para melhorar e prolongar a vida, jamais poderá ser plenamente bem-sucedido nesses serviços de saúde. A integralidade da atenção nos remete, então, a dimensão do macro, ou seja, a atenção como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, a uma rede intersetorial muito mais complexa⁽⁵⁾.

Nesse sentido, os serviços de saúde precisam principiar mudanças e produzir práticas para estimular e ampliar a discussão e o conhecimento acerca das necessidades de saúde das mulheres feirantes, situando a Atenção Primária à Saúde (APS) no processo social capaz de instrumentalizar a satisfação destas necessidades. Da mesma forma, tem potencial para auxiliar a equipe de saúde e o enfermeiro para uma melhor aproximação da realidade, condições de trabalho, e compreensão dos significados aludidos pelas mulheres feirantes, ao considerar os saberes, valores culturais e estilos de vida proporcionando uma maior aproximação das bases constitutivas de suas atividades e contribuindo para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde deste segmento social que até o momento tem suas necessidades invisíveis pelos segmentos formais de saúde.

Isto posto, o presente artigo foi desenvolvido a partir da seguinte questão de pesquisa: “Quais as necessidades de

saúde das mulheres feirantes do mercado público e como essas necessidades podem ser atendidas?” Portanto, tem por objetivo analisar as necessidades de saúde das mulheres feirantes do Mercado Público de um município do Nordeste do Brasil.

■ METODOLOGIA

O estudo constituiu-se de uma investigação com abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo. A teoria das necessidades⁽⁶⁾ foi utilizada como referencial teórico-metodológico. Nessa abordagem, as necessidades são geradas pela melhoria contínua das etapas históricas e a dialética das contradições em cada contexto é superada pela transformação da sociedade em novas fases em que as necessidades sejam plenamente alcançadas.

Portanto, as necessidades se concretizam para os indivíduos de diferentes classes sociais e cultura de maneira desigual, pois desigual é o acesso aos produtos que satisfaçam as necessidades. Assim, as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas, mas a potencialidade dos indivíduos em modificarem a si e o seu entorno no sentido de qualificar a vida, não podem ser desconsideradas neste processo⁽⁶⁾.

Trata-se de um recorte de dissertação de mestrado intitulada: Vida de Maria: Necessidades de saúde das mulheres feirantes do Mercado Público apresentada à Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)⁽⁷⁾.

O cenário da pesquisa foi o Mercado Público de um município do Nordeste do Brasil. Neste local, 34 mulheres feirantes desenvolvem a função de cafezeiras, e apesar do nome “cafezeiras”, realizam outras atividades, além da venda de café, como venda de refeições e lanches para o público transeunte. Participaram desta pesquisa 15 mulheres feirantes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar na faixa etária de 40 a 65 anos e atuando há mais de cinco anos na atividade em questão.

Para a produção de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, até a saturação dos dados no período de março a maio de 2016. A entrevista semiestruturada foi guiada por um roteiro previamente elaborado, delineando o objeto estudado e contemplando de forma oportuna questões que poderiam fazer emergir as necessidades de saúde como: inserção no trabalho, modos de vida, determinantes do processo saúde-doença, conceito de saúde, formas de enfrentamento dos problemas de saúde e efetividade dos serviços de saúde para responder aos problemas de saúde das mulheres do estudo.

As feirantes foram identificadas nas transcrições das falas pelo pseudônimo “Maria”, e para representá-las, utilizou-se 15 nomes de Marias, mulheres públicas que deixaram suas histórias de lutas e conquistas gravadas na mente do povo brasileiro, desde as mulheres locais até as de conhecimento nacional. A faixa etária predominante foi de 40 a 49 anos com escolaridade variada, sendo que a maioria não concluiu o ensino fundamental. Todas tiveram filhos, prevalecendo às mulheres chefes de família monoparental.

Em relação à análise dos dados, as expressões dos sujeitos sobre os objetos de suas necessidades de saúde e suas ações no sentido de qualificar “o modo de andar a vida” foram analisadas em uma sequência coerente à análise temática de conteúdo⁽⁸⁾, que prevê: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A Taxonomia das Necessidades de Saúde⁽⁹⁾ funcionou como instrumento capaz de listar e descrever as necessidades percebidas pelas mulheres feirantes.

Tal taxonomia foi construída em torno de quatro conceitos: boas condições de vida; necessidade de acesso às tecnologias de saúde capaz de melhorar ou prolongar a vida; necessidade de ser acolhido e ter vínculo afetivo entre o usuário e profissional de saúde e autonomia e autocuidado no modo de “andar a vida”⁽⁹⁾.

Este estudo atendeu aos preceitos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (CEP/ UVA), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 53306616.5.0000.5053 e Parecer nº 1.450.354.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

A taxonomia das necessidades de saúde⁽⁹⁾ funcionou como instrumento capaz de listar e descrever unidades de significação submersas nas expressões das participantes, que representavam suas necessidades de saúde. Esta taxonomia consta de quatro categorias: a primeira traz a necessidade de boas condições de vida; a segunda categoria refere-se à necessidade de acesso às tecnologias de saúde capaz de melhorar ou prolongar a vida; a categoria três inclui a necessidade de vínculo afetivo entre o usuário e o profissional de saúde; e a última categoria necessidade de autonomia e autocuidado no modo de andar a vida.

Este estudo foi contemplado com uma categoria temática, cujo conteúdo revela a todo o momento a importância do vínculo e acolhimento, sendo definido pelas

mulheres como importante instrumento no processo de satisfação de suas necessidades.

“Necessidades de acesso aos serviços de saúde e práticas profissionais humanizadas”

Os resultados do estudo apontaram que vínculo e acolhimento tornam-se estratégias imprescindíveis para a garantia do acesso, reconhecimento das necessidades de saúde pelos sujeitos e para satisfazer suas necessidades em relação aos serviços de saúde. Estes dados convergem com achados de outras pesquisas⁽¹⁰⁾.

As mulheres reconhecem que as práticas profissionais devem estar vinculadas à ideia do atendimento humanizado, com valorização e uso das tecnologias leves como ferramentas importantes para satisfação de suas necessidades:

Quando a gente chegar no posto, ter um bom atendimento, pra cuidar da gente direitinho, que a gente é cristão [...] A gente tem que chegar e ser atendida como se fosse um cliente pra eles, assim como os nossos aqui. (“Maria Emma”)

Na figura comparativa utilizada pela feirante, o usuário do serviço de saúde é como um cliente da feira, que compra produtos e a regra principal é que este deva ser tratado com respeito e empatia, além de ter sua necessidade devidamente atendida e se possível superada, pois, cliente satisfeito tem altíssima probabilidade de retornar e ainda fazer propaganda positiva para seus amigos e familiares. As mulheres também querem ser tratadas como clientes, que buscam respeito e bom atendimento na área da saúde. Foi interessante identificar ainda que a consciência de que sempre se paga pela saúde está bem desenvolvida nas feirantes. Afinal, o Estado nos oferta como bens públicos aquilo o que antecipadamente já pagamos e que foi definido como prioridade pela Constituição.

O termo cliente também destacou a dualidade da comercialização da saúde. Pelo aspecto positivo, vale ressaltar o maior comprometimento tanto do profissional quanto do cliente com o seu cuidado. Todavia, só a mudança do termo não significa mudança de comportamento, e tem que se cuidar para que não seja adotada a concepção negativa de cliente, que pode ser de um simples consumidor individual dos serviços oferecidos pelo Estado⁽¹¹⁾.

Os dados empíricos mostram ainda que as experiências anteriores avaliadas como positivas pelas mulheres favorecem a criação de vínculo com os profissionais de saúde e satisfação com os serviços prestados.

[...] antes quando era, em 2010, quando era só a doutora X e o doutor Y, era ótimo, mas agora, né bom não. A gente vai lá, se quer extrair dente ou obituar passa três meses. A gente lá não é bem atendida não. Agora pela atendente do dentista a gente é, mas pelas outras pessoas que marcam consulta é a maior frescura. (“Maria da Penha”)

Desta forma, ter um profissional ou equipe de referência, de responsabilização dentro do sistema, passa a ser uma necessidade a partir da construção do vínculo. A postura acolhedora do profissional transmite segurança ao usuário e possibilita relações de longa duração, facilitando a longitudinalidade do cuidado integral⁽¹²⁾. No caso citado, a confiança que a feirante tinha nos profissionais contribuía para o fortalecimento das relações e favorecia a adesão às ações e condutas produzindo um trabalho singular para sua necessidade de saúde.

Neste contexto, destaca-se o enfermeiro, líder nas equipes de saúde, podendo apontar mudanças nas práticas junto à equipe, favorecendo assim, a humanização da assistência. O cuidado humanizado de enfermagem é fundamental para as feirantes, pois a interação dos conhecimentos técnico-científicos com os aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos na relação entre o profissional e o usuário garante maior eficácia do serviço, preservando e mantendo as condições de vida e favorecendo a recuperação destas⁽¹³⁾.

Além disso, a criação de vínculos entre usuário e equipe e/ou profissional de saúde, também faz parte do conjunto de conceitos que envolvem as necessidades de saúde, no qual significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, calorosa, pessoal e intransferível, que propicia o encontro de subjetividades⁽⁵⁾.

Os frequentes desencontros entre a proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF) e as demandas dos usuários estão presentes também em algumas construções discursivas. Esse tipo de discurso faz referência às mulheres que reivindicam de forma enérgica o direito de serem atendidas, expressando suas demandas até de forma agressiva, enquanto outras reagem passivamente e não expressam suas necessidades:

Às vezes chega com um problemzinho e aí atendido cadê? Não é atendido, aí espera, espera, espera. Uma vez eu tava sentindo um problema e fui no posto cadê? Aí precisou até eu discutir, no instante me atenderam. Eu disse logo umas coisas porque não querem atender a gente bem. (“Maria Rita”)

O que nós precisa mesmo não temos, um bom atendimento[...] nós somos seres humanos, o pessoal quando

tem um bom estudo parece que é pior. A gente é totalmente desprezada. Também é assim, as meninas é que dizem também irmã é porque você chega lá assim muito paciente que é a sua cara, se você chegasse lá botando boneco, gritando[...] Aí eu disse que se eu tiver de ser atendida seja onde for gritando, botando boneco, eu não sou disso, se eu tiver de ser atendida, eu sou né? ("Maria Clara")

Percebe-se nas falas um discurso reclamatório de indignação individual, mas não um discurso de participação coletiva na priorização e busca de solução dos problemas cotidianos e da organização dos serviços de saúde. A forma como se organiza a produção dos cuidados em saúde, restritas às salas dos serviços, esperando que as pessoas doentes apareçam e se medicalizem é o que contribui para essa passividade da população.

Nessa perspectiva, vale ressaltar que o modelo procedimento-centrado em contraposição ao modelo que se almeja, o usuário-centrado, parece ser o grande nó crítico. Por um lado, o não compromisso dos trabalhadores e da gestão com as pessoas, tratando-as apenas como uma doença; por outro, as pessoas se sentem incapacitadas diante de uma relação assimétrica, razão pela qual se calam e não se manifestam⁽¹⁴⁾.

Desse modo, inseridas nesta estrutura, algumas mulheres têm poucas oportunidades de reconhecer suas necessidades de saúde e sua posição de sujeitos no processo saúde/doença. Parece haver uma forte conotação de que não se vê enquanto sujeito de um processo político de luta pela garantia de seus direitos enquanto cidadã.

Pra poder mudar a gente tem que ser mais valorizada pelos ricos, os prefeito [...] principalmente o povo dos posto de saúde, porque quando a gente precisa tudo dá as costas [...] o governador precisa olhar mais pra gente aqui. Eles dão o bolsa família, não serve de nada, dão para uns e outros não. ("Maria Emma")

A feirante não se reconhece como uma protagonista social que reivindica e problematiza suas demandas em busca de satisfazer suas necessidades. Reconhece os direitos apenas como uma dívida, sem a consciência da necessidade de luta para conquistá-los.

Nesse sentido, os direitos essenciais à pessoa humana são considerados históricos, mutáveis e suscetíveis de transformação e ampliação. Os direitos emergem das lutas contra velhos poderes, das lutas contra a opressão, contra o desmando, em defesa de novas liberdades. Portanto, não nascem todos de uma vez, mas quando as condições lhes são propícias, e quando se passa a reconhecer a sua neces-

sidade para assegurar a cada indivíduo e a sociedade uma existência digna⁽¹⁵⁾.

Na realidade dos serviços de saúde, existe uma grande dificuldade entre os profissionais da ESF e enfermeiros para mobilizar e incentivar a população, para juntos construir e organizarem a atenção à saúde. É de fundamental importância o estabelecimento de vínculo e diálogo, indo de encontro às subjetividades de cada indivíduo, sua cultura, suas crenças, valores e sua história.

O relato seguinte aponta a necessidade de maior agilidade no atendimento e cita obstáculos na acessibilidade organizacional dos recursos de assistência à saúde, como o tempo de espera para ser atendida pelo profissional médico:

A gente chega no posto tem que tá correndo pra lá, correndo pra cá, aí encaminha pro doutor passa uma eternidade. ("Maria Firmino")

O tempo de espera foi avaliado em outros estudos no Brasil e os resultados são em geral negativos, apontando dificuldades de rápido acesso aos serviços, fato que pode impactar negativamente na avaliação do usuário sobre o serviço, em especial no que diz respeito à resolução de queixas agudas ou subagudas⁽¹⁶⁾.

Nesse sentido, é preciso destacar que o momento da consulta é central no processo diagnóstico e terapêutico, sendo necessário o entendimento da subjetividade do indivíduo e da influência nas queixas clínicas dos aspectos psicossociais, culturais, religiosos. O tempo da consulta, no modelo centrado no usuário deve permitir abordar: a agenda do profissional relacionada aos sintomas e à doença; a agenda do usuário que inclui suas preocupações, medos e experiência de adoecer; e a integração entre as duas agendas⁽¹⁷⁾.

Assim, para que o processo de trabalho seja reorganizado é essencial à implantação do acolhimento, com escuta qualificada e esforços no sentido de fornecer uma resposta positiva que responda à necessidade do usuário.

Contudo, nem sempre essa resposta pode ser considerada positiva pelo usuário, pois muitas vezes este vai à Unidade Básica de Saúde (UBS) buscando uma resposta imediata. Como isso nem sempre é possível, muitas vezes a resposta pode ser uma orientação ou encaminhamento a outro serviço. Mesmo que o atendimento não seja imediato, ou não seja exatamente aquilo que o usuário foi buscar, o objetivo é que este seja escutado, acolhido, que tenha a oportunidade de compreender o porquê de tal resposta e tenha sua demanda respondida⁽¹⁸⁾.

É possível inferir nesse caso, que as mulheres procuram o serviço de saúde, mas se deparam com dificuldades de

acesso decorrentes da acessibilidade organizacional, uma representação negativa dos serviços de saúde interferindo no comportamento de procura e adesão ao tratamento pelas mulheres feirantes. O que as falas revelam é que ainda há uma importante dificuldade de acesso aos serviços de saúde, que atinge principalmente as mulheres mais pobres e dependentes do sistema público, comprovando que pelo menos em termos de universalização e igualdade o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda deixa a desejar.

[...] quando eu vou marcar uma prevenção pra não sei que dia, aí quando vou a máquina tá quebrada, tá não sei o que, aí a gente desiste. E a gente não tem condições de pagar uma particular. Aí pronto, fica tudo difícil. ("Maria Emma")

Existem iniquidades no acesso e ineficiência no sistema de saúde quanto aos usuários do SUS. A relação da oferta e demanda de serviços de saúde 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 e mão de obra. Essa organização, normalmente, não ocorre de forma a priorizar as demandas e necessidades da comunidade, e sim é determinada pelos serviços ofertados pelas unidades de saúde, sem de fato colocarem o usuário como centro das determinações no processo de trabalho⁽¹⁰⁾.

Assim, compreende-se que os princípios da equidade e universalidade não estão sendo posto em prática conforme deveria, ocasionando em prejuízos socioeconômicos. Dessa forma, existe contradição entre aquilo que é previsto no SUS e o que realmente acontece no cotidiano dos usuários dos serviços. Ainda há um vasto espaço entre as necessidades de saúde da população e a rede pública de ações e serviços de saúde. Esses autores destacam que os processos organizativos do SUS, até o presente momento, tateiam entre a descentralização que fragmenta os serviços e a regionalização que deve uni-los em rede integrada e referenciada capaz de dar respostas objetivas aos problemas demandados pelos usuários⁽¹⁹⁾.

Outra dificuldade de acesso aos serviços de saúde elencado pelas feirantes diz respeito à extensa jornada de trabalho, sendo esta reconhecida como uma barreira que dificulta o acesso às práticas profissionais em saúde, colaborando para que não exerçam o devido cuidado de si. A organização dos serviços de saúde da atenção básica obedece aos horários de atendimento que coincidem com o horário comercial, período em que as mulheres feirantes trabalham. Por outro lado, a organização dos atendimen-

tos, mediante agendamento prévio, com pouca abertura às demandas espontâneas, dificulta o acesso a essa parcela da população.

Precisa de tempo, e é o que a gente não tem é tempo pra cuidar da saúde. ("Maria Rita")

Aí depende do tempo né? Porque às vezes elas não tem tempo, muito ocupadas e aí quando vão ao médico já estão muito doentes. ("Maria Quitéria")

O tempo da gente aqui não dá pra gente ficar atrás de médico, a gente fica o tempo todo trabalhando. ("Maria do Carmo")

Os serviços de saúde, especialmente a atenção básica, devem oferecer uma atenção sem exigências com horários de disponibilidade e providências para horários tardios; facilidade na marcação de consulta e redução do tempo de espera, instalações para portadores de deficiências e ausência de barreiras linguísticas e culturais⁽²⁰⁾.

Deve-se ressaltar que o profissional de saúde, especialmente o enfermeiro precisa ter consciência do seu poder em induzir demandas. A flexibilidade do trabalho para propiciar o acesso pelo bom acolhimento e pela disponibilidade de horários compatíveis para os trabalhadores reduz outras barreiras, e pode significar também oportunidades para os profissionais construir vínculo com as mulheres feirantes, respeitando sua autonomia "no modo de andar a vida", significando, portanto, um trabalho de cuidado.

■ CONCLUSÕES

Esse estudo possibilitou conhecer as contradições e dificuldades enfrentadas pelas mulheres feirantes ao procurarem os serviços de saúde, sendo evidenciadas falhas no atendimento, na presteza, qualidade das demandas e respostas assistenciais, com consequentes obstáculos ao acesso e uso de tecnologias já existentes. Reiterou, ainda, ausência de vínculos apropriados entre as mulheres e os profissionais de saúde, mesmo quando estas já buscam a atenção primária e reconhecem de algum modo seu uso.

As mulheres consideraram o acolhimento e vínculo como elemento de valor no processo de cuidado, apontando para a importância do encontro entre profissional e usuário, com escuta qualificada, atenção e aproximação com a realidade, levando ao desenvolvimento de práticas para o reconhecimento das necessidades de saúde deste público, de uma forma integral. Entretanto, para que essas práticas sejam eficazes, os profissionais devem estar familiarizados

com o cotidiano dessas mulheres, com a atividade laboral que realizam e com as implicações que o “ser mulher feirante” traz para o cuidado consigo. Problematizar essa realidade, definir claramente as necessidades de saúde e buscar recursos que possibilite a adoção de medidas, irá contribuir para a melhoria das condições de vida destas pessoas.

Diante do exposto, o presente estudo pode contribuir para a pesquisa, ensino e assistência de enfermagem, pois suscita reflexões sobre a necessidade de modificações nas práticas de saúde dos enfermeiros, de maneira a contribuir para o distanciamento da reprodução social de culturas medicalizadoras da vida e desvelamento de caminhos para uma prática que reconheça a necessidade de autonomia dos sujeitos.

Embora um número significativo de participantes, considerando o atual contexto, aponta-se como limitação do estudo, o fato de ter sido realizado somente em um mercado público. Espera-se que venha a contribuir para provocar questionamentos e direcionamentos, abrindo possibilidades para a continuidade e aprofundamento de estudos nesse campo no sentido de compreender as práticas dos profissionais enfermeiros e sua finalidade em traduzir e satisfazer necessidades em saúde das mulheres feirantes, compreendendo ainda as questões implicadas no fenômeno de reconhecimento social destas necessidades.

■ REFERÊNCIAS

1. Lima KS, Almeida AM. O conhecimento de feirantes sobre a hipertensão arterial e suas complicações. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2014;38(4):865-81.
2. Carvalho RG, Oliveira IA, Maia LM, Maciel RH, Matos TR. Situações de trabalho e relatos de dor entre feirantes de confecções. *Rev Psicol Organ Trab*. 2016;16(3):274-84.
3. Silva SRA, Amorim RC, Almeida AM. Percepção de feirantes hipertensos sobre o adoecer crônico. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(6):761-6.
4. 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.
5. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 39-64.
6. Heller A. *Teoría de las necesidades em Marx*. 2. ed. Barcelona: Península; 1986.
7. Magalhães AHRM. *Vida de Maria: necessidades de saúde das mulheres feirantes do mercado público [dissertação]*. Sobral (CE): Universidade Estadual Vale do Acaraú; 2016.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
9. Cecílio LCO, Matsumoto NF. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: Pinheiro R, Ferla A, Mattos R, organizadores. *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Caxias do Sul: EDUSC/UFRS; Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC; 2006. p. 37-50.
10. Souza MC, Araújo 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.
11. Saito DYT, Zoboli ELCP, Schweitzer MC, Maeda ST. Usuário, cliente ou paciente? qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(1):175-83.
12. Queiroz ES, Penna CMM. Conceitos e práticas de integralidade no município de Catas Altas-MG. *REME Rev Min Enferm*. 2011;15(1):62-9.
13. Chernicharo IM, Freitas FDS, Ferreira MA. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(4):564-70.
14. Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MAA, organizadores. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 21-45.
15. Bobbio N. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus; 2004.
16. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e atenção primária à saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc*. 2011;20(4): 948-60.
17. Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(9):2749-59.
18. Barra SAR. O acolhimento no processo de trabalho em saúde. *Serv Soc Rev*. 2011;13(2):119-42.
19. Santos L, Andrade LOM. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11):2876-8.
20. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

■ Autor correspondente:

Ana Hirley Rodrigues Magalhães
E-mail: ana_magalhaes@hotmail.com

Recebido: 08.12.2016

Aprovado: 18.04.2017