

1- REFERENCIAL METODOLÓGICO

O referencial metodológico adotado neste estudo se insere na perspectiva da metodologia qualitativa de investigação.

Bogdan e Biklen (1994) definem cinco características da investigação qualitativa, que consideram os principais pontos de pensamento e formas de se intervir nessa perspectiva:

1 – O local de estudo e aquisição dos dados é o ambiente em que as pessoas vivem e não a simulação de um lugar. O pesquisador preocupa-se com o contexto em que o estudo está ocorrendo e, portanto frequênta os locais e observa os acontecimentos dentro do ambiente natural de ocorrência.

2 – A investigação qualitativa é descritiva. A palavra escrita contém fundamental importância tanto para o registro dos dados colhidos – que são em forma de transcrições, imagens e não números – quanto para disseminação dos resultados da pesquisa.

3 – Interesse mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos.

4 – A análise dos dados é feita de forma indutiva – *As alterações vão sendo construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos vão se agrupando* (Bogdan e Biklen, op.cit. p. 50). A direção de análise só começa a se dar quando esses dados forem sendo conhecidos.

5 – Significado – Importância vital. Essa perspectiva qualitativa se interessa por saber como as pessoas dão sentido para suas vidas. Portanto, faz-se fundamental conhecer quais são as percepções e como os participantes interpretam suas experiências – refletindo uma espécie de diálogo entre investigador e investigado.

A perspectiva construcionista social, que adotamos neste estudo, aparece no campo da pesquisa qualitativa, criticando a ciência tradicional, num desafio de superar suas formas de concepção, como a busca pela verdade absoluta e a representação objetiva do mundo.

Tal abordagem qualitativa compreende a ciência como prática social, redimensionando critérios científicos tais como objetividade, rigor, generalidade e validade da pesquisa (Spink e Menegon, 1999).

Como o conhecimento, nesta perspectiva, está vinculado às relações construídas e legitimadas entre as pessoas, então não há uma verdade absoluta,

única, a se encontrar. Portanto, não existe a pretensão de uma objetividade através da qual se apreenda uma realidade em si, ordenada e que pode ser conhecida e medida pela identificação das relações causa e efeito que a regulam, por não haver uma verdade a ser encontrada pronta e sim a ser construída no decorrer da pesquisa. Diante dessa questão, um fator que se leva bastante em consideração, são os efeitos da relação entre pesquisador/pesquisado na pesquisa.

Ao assumir a construção social da realidade na interação entre as pessoas e, mais especificamente numa pesquisa, entre pesquisador e pesquisado, assume-se a impossibilidade da neutralidade nessa relação, e o rigor tem sua lógica redefinida. Há uma descrição detalhada dos procedimentos realizados para que outros pesquisadores possam avaliar e discutir os conhecimentos apresentados. O critério de rigor está na explicitação de todos os passos da pesquisa, promovendo sua visibilidade (Spink e Lima, 1999).

Não há pretensões de generalizações e universalidade no sentido da replicabilidade dos resultados do estudo para outros contextos, o objetivo é promover uma maior aproximação com a situação investigada e o processo social ocorrido na pesquisa, contribuindo com estudos posteriores na vertente da reflexão e construção de novas perspectivas de conhecimento. Portanto, os conhecimentos produzidos na linha da metodologia construcionista social não se propõem a serem cumulativos e sim de complementaridade. A validade da pesquisa está referida à qualidade da descrição e investigação, realizada por processos de profunda observação e descrição do contexto.

Nessa perspectiva, tomam-se então os sentidos de saúde/doença e toda a organização do Sistema de Saúde como uma prática social, produzidas por diferentes discursos, em processo contínuo de transformação. É uma aproximação a esses discursos que se justifica o presente estudo.

2- CONTEXTO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado em um NSF de Ribeirão Preto-SP, o qual teve sua implantação no início do ano de 1999, sob coordenação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP-SP.

A partir de reflexões sobre a importância de recursos humanos bem capacitados para atuar na Saúde Pública, a referida Faculdade de Medicina promoveu em 1995 mudanças curriculares em seu curso, implementando em suas atividades ações da Saúde Coletiva, através da proposta de uma progressiva

descentralização dos alunos, do Hospital para estágios fora deste, visando atuações mais voltadas à atenção básica. Em 1999, teve início a Residência em Medicina Geral e Comunitária com ênfase em Saúde da Família, pensando numa formação mais integral e generalista do médico.

A partir de discussões junto à prefeitura, surgiu a proposta de implantação do PSF que de início seria em uma unidade de saúde na periferia da cidade – Jardim Maria Casa Grande, unidade pertencente à prefeitura de Ribeirão Preto-SP. Porém, não tendo ficado pronta a unidade e dada às necessidades do programa de Residência, resolveu-se dar início dentro de uma área já respaldada por um Posto de Saúde vinculado à Universidade, o Centro de Saúde Escola-Cuiabá (CSE), que se caracteriza por uma unidade distrital, com um atendimento aproximado de 12 mil pessoas por mês, com funcionamento 24 horas, sendo a maior parte pronto-atendimento. Porém, a implantação de um PSF inserido na unidade do CSE apresentava dificuldades operacionais. Uma delas era o funcionamento da unidade, com características bastante diferentes daquela que se objetivava implantar, desde os prontuários, as rotinas e o tipo de vínculo com a comunidade. Outra dificuldade era o próprio local físico, estando com todos seus espaços ocupados. A questão da visibilidade política também foi considerada, tanto a quem iria financiar o Programa quanto à visibilidade aos departamentos da Faculdade de Medicina e outras unidades da USP, mostrando-se como um novo e diferenciado serviço. A visibilidade à comunidade também foi tida como fundamental, importando mostrar-se como um serviço qualificado e próximo ao usuário, o que não seria possível estabelecer dentro do CSE. Alugou-se, então, uma casa a um quarteirão do CSE e a equipe foi cedida por este.

Apesar das discussões com a prefeitura continuarem, não houve estabelecimento de acordo até o final do ano 2000. Por essa razão o PSF foi mantido através de recursos da Faculdade de Medicina e da Escola de Enfermagem. Para um PSF poder ser cadastrado pelo Ministério da Saúde ele deve passar pela prefeitura local e também estar com a equipe mínima completa. Sem os recursos adequados e a não-concretização das discussões com a prefeitura, não foi possível contratar a equipe prevista pelo Ministério da Saúde, nem cadastrar este PSF. Com isso, o Programa ficou sem o reconhecimento de PSF até o segundo semestre de 2000, ficando também sem a equipe completa por não haver verbas para contratações. Somente, então, no final do ano 2000, negociações que envolveram a Prefeitura, DIR XVIII, Secretaria de Estado da Saúde através da

Coordenação do Interior, possibilitaram um acordo que previa o envio pela Secretaria Municipal de Saúde da proposta de implantação de cinco Núcleos que estavam propostos pela Universidade como unidades de Saúde da Família do município.

Além disso, para a viabilização do credenciamento, a Secretaria da Saúde, através da Santa Casa, contratou agentes comunitários de saúde, permitindo a complementação da equipe, além do repasse de recursos financeiros. Finalmente, ocorreu a abertura de um processo de cadastramento desses Núcleos para serem reconhecidos oficialmente.

A primeira casa onde o Programa começou a funcionar, região na qual o presente estudo se insere, recebe o nome de Núcleo de Saúde da Família-1 (NSF-1). Há três consultórios, uma sala de espera, uma cozinha e duas salas para reuniões. Como sua inserção se dá no campo da assistência, ensino e pesquisa, a equipe constituída tornou-se ampliada, sendo composta por médicos (um docente, dois médicos-residentes e uma contratada), enfermeiros (uma docente, uma contratada e algumas estagiárias), duas auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitárias de saúde, sendo que anteriormente, no início de sua implantação, havia também uma assistente social e uma psicóloga auxiliando o trabalho. Esta característica torna este PSF peculiar em relação aos PSFs em geral. Os profissionais também eram todos vinculados ao CSE e foram cedidos para o Programa, com exceção das agentes comunitárias. Somente a partir de abril de 2001, com a aprovação pelo Ministério da Saúde, houve a contratação de um médico especificamente vinculado ao PSF. Com a regulamentação do PSF neste Núcleo de Saúde da Família, ocorreram algumas modificações, tais como o remanejamento de uma auxiliar de enfermagem, da assistente social e da psicóloga para outros serviços.

A área adscrita é composta de cerca de 1.000 famílias de classe média baixa, sendo que a maior parte da população possui casa própria. Toda a região tem água encanada, luz elétrica, esgoto sanitário. Não há aparelhos sociais, como igreja ou associação de bairro na área. O atendimento é feito mediante o acompanhamento das famílias. São realizadas consultas, campanhas de prevenção, grupos de vivências, de diabetes e hipertensão e atividade física com um professor de educação física cedido pela Faculdade. As agentes comunitárias de saúde realizam prioritariamente o trabalho de campo, primeiramente cadastrando as famílias e em seguida fazendo visitas regulares, aproximando e

criando vínculo com a comunidade, realizando também orientações básicas de saúde no domicílio (Programa, 1997). Os dados do relatório das visitas junto ao relatório geral são inseridos no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). A área adscrita está dividida em quatro microáreas. Cada agente se responsabiliza por uma, composta de até 250 famílias. Caso a microárea exceda esse número de famílias, se torna necessário a contratação de mais uma agente. Quando há necessidade de um tratamento mais especializado, o paciente é encaminhado para outros níveis de atenção, porém continua sendo acompanhado de perto pelo Núcleo. Todas as sextas-feiras pela manhã a equipe se reúne para discutir assuntos relativos ao seu próprio funcionamento, ao do Núcleo, à formação dos médicos-residentes, e discussão de casos.

Atualmente, com a situação completamente regularizada do NSF, as agentes comunitárias de saúde realizaram o cadastramento de toda a região e constatou-se que há um número excedente de famílias, em torno de 1.300, o que tem levado a reflexões sobre o procedimento a ser tomado. A resolução do problema passa pela contratação de mais uma agente comunitária de saúde, para acompanhar as famílias excedentes, ou a contratação de outra equipe de saúde, o que resultaria numa eficácia maior para o acompanhamento dessas famílias.

Durante o processo de regulamentação, os outros quatro Núcleos previstos, foram sendo implantados. No ano de 2000 um outro NSF começou a funcionar dentro de uma unidade de saúde vinculada ao CSE, mas pertencente a área de abrangência do distrito de saúde central. No início de 2001, mais três novos NSF começaram a funcionar em casas alugadas, todos eles abrangendo a área básica do CSE. A oficialização desse processo se deu no mês de abril. O objetivo é a reorientação dos serviços locais de saúde, ficando a cargo do CSE o nível secundário, enquanto os Núcleos teriam a função do atendimento de primeiro nível à população. Essa proposta de assistência abrangerá por volta de 20.000 pessoas.

A inserção da pesquisadora no NSF-1 se deu em abril de 1999, logo no início do Programa. Sua participação se dava em todas as reuniões de equipe com o objetivo de aproximação com o trabalho lá realizado e também para perceber as necessidades locais com intenção de orientar sua pesquisa de maneira que viesse a contribuir com a construção do Programa. Diante da percepção da necessidade de aproximação com a comunidade e a criação de diálogos entre equipe de saúde/usuário, foi proposto o presente estudo e este foi aceito. O mestrado começou no início de 2000, junto à realização dos grupos comunitários referente à

pesquisa. A pesquisadora continuou sua participação nas reuniões de equipe e em outros projetos posteriormente implantados nos Núcleos.

Devido à área de abrangência do NSF estar localizada na região do CSE que funciona há cerca de vinte anos, a principal referência da comunidade na assistência à saúde é esta unidade. O processo de descentralização já tem ocorrido, porém com algumas dificuldades. A população possui bastante familiaridade com o local e com os profissionais que ali trabalham e o encaminhamento para os NSFs fica complicado tanto para as pessoas da comunidade como para os médicos que as acompanham há muito tempo.

3- PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O estudo teve como procedimentos de coleta de dados a realização de grupos na comunidade e a constituição de um diário de campo, que serão apresentados divididos didaticamente em dois itens. Na descrição do primeiro – grupos na comunidade – serão trazidos os principais aspectos de como os grupos foram formados e compostos na comunidade: através dos convites feitos pela pesquisadora, o manejo dos grupos coordenados pela pesquisadora, a forma de registro desses grupos, o questionário proposto após os grupos e os procedimentos éticos realizados. O segundo item – diário de campo – explicitará a forma e o intuito de sua constituição.

GRUPOS NA COMUNIDADE

A - Formação dos grupos

A escolha das ruas em que foram realizados os grupos foi feita por critério geográfico. A área de abrangência do NSF está dividida em quatro microáreas contando cada uma com um agente comunitário de saúde (ACS). A realização dos grupos seguiu a divisão das microáreas (anexo 1) além de um grupo mais próximo ao NSF, sendo ao total cinco grupos. Foram localizados os endereços junto ao nome do membro da família que respondeu ao cadastro e com essas informações a pesquisadora saiu a campo para o convite. Este foi estendido a toda a família, tendo como intermediário a pessoa que atendeu à porta.

Os grupos foram realizados no segundo semestre de 2000, quando havia um ano e meio de implantação do Núcleo. A maioria das pessoas convidadas a participar, apesar de já estarem cadastradas, ainda não freqüentava o NSF.

Ao chegar na rua escolhida, a pesquisadora batia nas casas de acordo com os nomes e números anotados para o convite. Em algumas ruas havia casas que não tinham sido cadastradas no NSF.

Apesar de em algumas delas ter sido possível fazer o convite para a família, não houve a participação dessas pessoas no grupo.

Porém, em três grupos ocorreram participações de pessoas não cadastradas a convite de algum vizinho que fora convidado (grupo 1,3 e 5).

Nos convites, a pesquisadora não utilizou qualquer uniforme, jaleco ou crachá que a identificasse com a Instituição, com a intenção de estar mais próxima da comunidade, sem o uniforme tradicional de identificação do profissional de saúde. Mesmo estando ligada ao NSF, e isso já significar uma identificação, estar despojada desses acessórios teve a intenção de uma maior aproximação do cotidiano dessas pessoas, possibilitando um encontro mais à vontade.

Nos primeiros dois grupos, a pesquisadora se apresentou como psicóloga do NSF, porém acreditando ter havido efeitos muito específicos desse posicionamento nos grupos, que se voltaram para a discussão de assuntos de ordem mais psicológicas – emocionais – sociais, passou, a partir do terceiro grupo a apresentar-se como pesquisadora do Núcleo, não especificando sua formação.

Após a apresentação, de acordo com a disponibilidade da pessoa, a pesquisadora explicava a proposta da pesquisa. Dizia do objetivo de se aproximar da comunidade que faz parte do NSF através de um “bate-papo” sobre questões relativas à saúde, quais eram os pensamentos sobre saúde, quando se sentiam doentes, quando procuravam um atendimento e também como achavam que andava o Sistema de Saúde e em que este deveria melhorar. As explicações e as conversas se estendiam na medida em que a pessoa se mostrava interessada em saber mais coisas ou iniciava outros assuntos. Também de acordo com as dúvidas que surgiam, nas outras visitas tentava-se abordar o mesmo assunto para observar se havia dúvidas semelhantes, podendo assim esclarecê-las, com o intuito de uma boa compreensão da proposta da realização do grupo. Um exemplo de dúvida levantada foi se no grupo seria necessário falar de coisas pessoais. A partir dessa pergunta feita por uma das pessoas convidadas para o grupo, em outras visitas essa questão foi abordada de antemão, enfatizando ainda mais o objetivo do grupo.

Após essas explicações, foram feitos os convites para a participação num “bate-papo” com a vizinhança para conversar sobre estas questões. Havendo interesse e disponibilidade, eram anotados o melhor dia e horário para o encontro,

de preferência na própria rua. Esses convites foram feitos pela pesquisadora casa por casa, e ocuparam de duas a três semanas até se conseguir marcar o grupo, já que em algumas casas não havia ninguém, em outras as vizinhas auxiliavam sobre os melhores horários para encontrar algumas pessoas, e também era necessário que se disponibilizasse um local para o grupo se realizar.

No dia de sua realização, a pesquisadora ligava para as pessoas que possuíam telefone com o intuito de lembrá-las do encontro e também para confirmar o local.

De uma maneira geral, as pessoas receberam bem o convite, algumas conversaram no portão enquanto outras convidaram para entrar, inclusive servindo cafezinho. Algumas pessoas receberam a pesquisadora, na primeira visita, do lado de dentro do portão, porém, em sua grande maioria, na segunda visita já chamaram para entrar. Poucas se mostraram desinteressadas, apesar de haver aquelas que não quiseram nem ouvir o convite (duas pessoas).

Para todos os grupos houve um morador da rua que ofereceu a casa e foi possível realizá-los na própria rua dos participantes. Alguns relataram não disponibilizarem a casa por receio dos vizinhos “botarem reparo” como disse dona Débora do primeiro grupo a respeito de seus cachorros que a vizinhança iria reclamar, ou também por medo de descobrirem algo íntimo de suas vidas. Apesar dos muitos relatos dos vizinhos de não se reunirem sempre para conversarem, foi percebido nas visitas, através das conversas, que todos sabiam o que se passava na vida das famílias da vizinhança. Também ocorreu uma situação (terceiro grupo) de uma pessoa se recusar a participar do grupo por indisposição com alguns vizinhos.

Segue em anexo a descrição detalhada dos contatos realizados com a comunidade dessas ruas escolhidas para a constituição de cada um dos cinco grupos (anexo 2).

B - Manejo dos grupos

Foram realizados grupos de sessão única, distribuídos dentro das microáreas da região adscrita do NSF, com duração de cerca de uma hora e quinze minutos, cada grupo foi composto de 5 a 9 moradores de uma mesma rua, todas mulheres, convidadas a se reunirem em domicílio de uma delas, coordenados pela psicóloga-pesquisadora, que introduziu ativamente alguns temas para conversar, tais como:

O que é estar com saúde?

O que é estar doente?

O que é cuidar da saúde?

Percepções sobre o Núcleo de Saúde da Família.

Percepções sobre a participação neste grupo.

Tais temas foram escolhidos como instrumento para dar início e condução às discussões, facilitando a conversação, mas não se limitando a eles. O manejo do grupo pela pesquisadora/coordenadora foi de facilitação das conversações, pontuando as passagens consideradas relevantes para o tema, mantendo as discussões nos seus objetivos e quando necessário orientando quanto a dúvidas sobre o NSF.

C – Registro

Todos os grupos realizados foram registrados e audiogravados em fitas cassete.

D - Questionário

Com finalidade de identificação das participantes, ao final de cada grupo foi solicitado o preenchimento de um questionário contendo dados de identificação. A partir do segundo grupo realizado, acrescentou-se um item – escolaridade, e no terceiro grupo, o item – renda foi retirado do questionário devido ao constrangimento que causava nas pessoas (anexo 3).

E - Consentimento Informado

Para fins de respeito à ética em pesquisa com seres humanos (CONEP 1998), o consentimento informado foi obtido de todas as pessoas que participaram do estudo. Nos primeiros dois grupos, ele foi preenchido durante as visitas, quando a pesquisadora retornava às casas para confirmar o dia do grupo. Os outros foram obtidos no dia do grupo, antes de iniciá-lo, considerando que dessa forma, se tornava mais contextualizado, as pessoas assinavam com maior tranquilidade do que quando era feito numa única visita para assinarem um papel. No consentimento, estavam descritas informações sobre a pesquisa e o compromisso de sigilo para com os participantes (anexo 4). O presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (anexo 5).

DIÁRIO DE CAMPO

As observações da pesquisadora no decorrer da pesquisa foram anotadas no diário de campo. As anotações foram feitas sobre as visitas na comunidade, o cotidiano no Núcleo e as reuniões semanais de equipe. O diário de campo constituiu-se como recurso de consulta sobre o campo de estudo.

4 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

O procedimento de análise de dados foi dividido em três itens. O primeiro diz das transcrições dos grupos, como passo inicial já no processo de construção de sentidos sobre estes. O segundo item é o resultado da interação entre a transcrição, a descrição geral de cada grupo e os manuscritos do diário de campo, resultando numa crônica sobre cada grupo realizado. O terceiro e último item descreve os procedimentos da análise propriamente dita, relatando o processo em quatro momentos, explicitando os passos que convergiram para a tematização da análise.

TRANSCRIÇÃO DOS GRUPOS AUDIOGRAVADOS

Como primeiro passo dos procedimentos de análise dos dados, os cinco grupos audiogravados foram transcritos no computador com o auxílio de um *transcriber*, pela própria pesquisadora. Essa transcrição registrou toda a produção verbal dos participantes do grupo e foi acrescida de observações acerca da tonalidade afetiva, da expressividade e de acontecimentos não-verbais.

Tratou-se, então, de um processo de produção de textos escritos com uma participação ativa da pesquisadora na produção de sentidos sobre os mesmos.

CRÔNICA DOS GRUPOS

Foi elaborada uma crônica a partir das transcrições, das descrições gerais dos grupos e do diário de campo, resultando numa narrativa do acontecimento grupal, para fins de apresentação.

ANÁLISE PROPRIAMENTE DITA

De uma perspectiva construcionista social, o processo de análise se desdobra em momentos que, embora descritos de forma seqüencial, constituem movimentos contínuos ao longo de todo o processo. A pesquisadora buscou, então,

pautada pelos seus objetivos, construir uma tematização acerca dos *Sentidos de Saúde e Doença*, negociados nas conversações entre as participantes dos grupos.

- *Primeiro momento*

Esse primeiro momento consistiu da realização de leitura exaustiva e flutuante dos grupos transcritos, juntamente com o diário de campo, objetivando entrar em contato com toda a produção da pesquisa. Cada grupo foi lido e relido diversas vezes, contribuindo para a construção de sentidos globais da conversa grupal, tentando apreender como se deu o desenvolvimento da conversação em cada grupo específico. Esse primeiro momento possibilitou maior apropriação da pesquisadora com os cinco grupos realizados, permitindo uma primeira aproximação com os temas semelhantes de discussões entre os grupos, assim como da especificidade de cada um.

As primeiras percepções referem-se a uma semelhança entre os grupos no que diz respeito à manutenção das conversações em torno do tema proposto: vivências no âmbito da saúde/doença. Dois aspectos passaram a chamar a atenção da pesquisadora: (1) em muitos momentos dos grupos, a conversação produziu-se em torno de algumas concepções articuladas ao novo modelo proposto de atenção à saúde e (2), nas conversas como um todo, pareceu produzir-se uma tensão em torno da satisfação/insatisfação com o Sistema de Saúde, que poderia, numa primeira aproximação, constituir-se como discursos contraditórios.

- *Segundo momento*

Após a leitura exaustiva de todos os grupos, o próximo passo foi a realização de uma leitura minuciosa de cada grupo em específico, atendo-se às singularidades de cada um deles em seu desenvolvimento. Foram descritos sinteticamente, um a um, mantendo o fluxo das conversações, preservando seu conteúdo e seqüência, compondo uma descrição dos mesmos em relação aos cinco temas propostos para discussão grupal.

Nesse processo, foram sendo grifados trechos da conversação, considerados de maior relevância no que dizia respeito tanto aos conceitos de saúde que se presentificavam, como em relação ao referido campo de tensão, constituindo um conjunto de focos que já indicavam as perspectivas de desdobramento da análise.

- *Terceiro momento*

Nessa fase, com imersão e familiaridade nesses focos já produzidos, foi sendo possível construir uma relação entre os dois temas iniciais, articulando-os

através da percepção de que: *nos momentos de conversa sobre saúde – construída em referência ao novo modelo, as participantes falavam do lugar de pessoas que gozam de saúde, e nos momentos de queixas e insatisfações com o Sistema de Saúde, elas falavam do lugar de pessoas adoecidas, necessitando de cuidados específicos.* Isso possibilitou a construção de duas tematizações em torno das quais o processo de análise foi construído, quais sejam:

1. *Quando a questão é promover saúde e*
2. *Quando a questão é recuperar a saúde.*

- *Quarto momento*

A partir dessas tematizações, foram selecionados recortes específicos de cada grupo, escolhidos pela sua relevância para pôr em evidência os sentidos, produzidos pela pesquisadora, acerca do modo como as participantes construíram os sentidos de saúde/doença.

Disso derivou um conjunto de subtemas em torno dos quais se construiu a descrição da análise realizada que será, então, explicitada através das discussões dos recortes de trechos extraídos dos grupos, em sua linguagem textual.

Quando a questão é promover saúde



❖ *“Estar com problemas reflete na sua saúde”*

Saúde referida ao somatório dos fatores físicos, mentais e sociais.

❖ *“Eu acho que tudo é tá de bem com a vida”*

Saúde referida a bons hábitos de vida.

❖ *“Se não tiver saúde, não trabalha mesmo”*

Saúde/doença afetando a relação entre trabalho/desemprego.

❖ *“Ficar sem dinheiro é a pior doença”*

Processo saúde/doença associado ao dinheiro.

Quando a questão é recuperar a saúde



- ❖ *“Ela tá com saúde. Tem até cartão do Posto”*

Saúde referida à possibilidade de acesso a serviços.

- ❖ *“Você pensa que eu tomei o remédio que a médica me deu? Tá fechadinho, em casa guardado”*

O autocuidado na saúde como não-adesão ao tratamento.

- ❖ *“A doença é bem pessoal”*

Saúde/doença como um processo pessoal e singular.