

A análise desenvolvida a partir das conversações grupais, produzidas com a proposta da coordenadora/pesquisadora, sobre os assuntos relativos aos processos saúde/doença, teve como principais enfoques as conversações que se construíram sobre os sentidos de saúde integral, veiculados e priorizados pela estratégia Saúde da Família, tematizadas em “*Quando a questão é promover saúde*”; e as conversações construídas sobre a necessidade de cuidados em saúde tematizadas em “*Quando a questão é recuperar a saúde*”.

Foram priorizados recortes grupais dos momentos em que as participantes trouxeram a questão saúde/doença primeiramente numa perspectiva da promoção de saúde, e no segundo eixo sob a perspectiva da recuperação da saúde, buscando-se construir sentidos acerca de: o que, para elas, é levar uma vida com qualidade, de que é necessário cuidar para se manter uma boa saúde e estar de bem com a vida, o que consideram estar doente e como lidam com isso, enfim, como referem tratar essas questões de saúde/doença em seus cotidianos.

De acordo com a proposta de reorientação do modelo de assistência à saúde, o Ministério da Saúde regulamentou a estratégia Saúde da Família objetivando o fortalecimento do SUS, e, em seu discurso oficial, enfatizou a promoção de saúde e prevenção de doença com o objetivo de tornar a assistência de primeiro nível mais humanitária, justa, democrática, participativa e com uma maior qualidade de vida para a população.

Como principal estratégia para essa mudança de modelo e sua efetiva implantação, elegeu a produção de vínculos, laços de compromisso e a criação da co-responsabilidade entre usuários e profissionais de saúde, tendo como conceito fundamental a participação ativa da comunidade nas práticas de saúde.

Com todos esses preceitos do SUS e propostas do Ministério da Saúde, enfatizando um novo modo de assistir a saúde, a análise trouxe recortes das principais discussões grupais das participantes no que se refere aos seus cuidados em saúde, suas questões relativas ao processo saúde/doença, numa tentativa de analisar quais os sentidos que constroem nos discursos da saúde voltada para uma boa qualidade de vida e nos discursos que requerem a assistência à saúde e qual a tensão que esses discursos vão trazendo de acordo com as propostas do SUS para a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

No primeiro eixo de análise, “*Quando a questão é promover saúde*”, o que primeiramente chamou a atenção nas conversas grupais e foi material privilegiado, foi a recorrência a um conjunto amplo de aspectos na construção dos sentidos

sobre estar com saúde. Sentidos que envolvem uma gama de fatores determinando-a, tais como o aspecto físico que qualifica o gozo de um bom funcionamento orgânico; o aspecto mental que caracteriza um bom funcionamento emocional possibilitando bem-estar no dia-a-dia consigo e com a família; e, finalmente, o aspecto social que também foi caracterizado como importante influência no processo saúde/doença, a violência, o estresse cotidiano e o desemprego afetando diretamente à saúde. Esses conceitos associados à promoção da saúde foram sensivelmente considerados.

A alimentação também foi um fator bastante mencionado nesses grupos como importante fonte de vida saudável. Outros discursos ligados a esses conceitos promocionais da saúde fizeram parte da conversação grupal, e as participantes puderam contar situações do dia-a-dia que acreditavam estar intrinsecamente relacionadas à saúde.

O subtema *“Se não tiver saúde, não trabalha mesmo”* referente ao primeiro eixo, trouxe para a análise recortes de momentos dos grupos em que foram se estabelecendo relações entre trabalho e o processo saúde/doença.

A questão das condições de trabalho foi um dos temas abordados na VIII Conferência Nacional de Saúde (Brasil/MS 1986) e também tratado com ênfase nas Conferências Internacionais de Saúde, como visto anteriormente. Essas discussões (das Conferências) geraram amplos debates por se considerar o trabalho fator importante de inclusão social, cidadania, manutenção do sistema familiar, e as más condições deste gerando a insalubridade, insatisfação, tudo isso extremamente imbricado com a saúde da família. Nos grupos, essa questão ficou vinculada à necessidade de se estar com saúde, ter forças para poder trabalhar, e a ausência dessa força gerando o desemprego.

Um olhar mais atento aos repertórios utilizados na construção desses sentidos de saúde/doença levou a uma análise de como estavam ocorrendo as apropriações dos discursos da promoção de saúde nas conversações das participantes.

O modo como os grupos referiram à saúde, apesar de as falas contemplarem todos os fatores citados acima como importantes, pareceu vinculado fundamentalmente a um conceito de saúde física, concreta, com esses outros fatores influenciando-a e, apesar de serem considerados importantes, estiveram subjugados ao discurso vinculado à saúde física. Tais fatores citados não estavam sendo considerados como a saúde em si, mas como algo que interfere nesta.

Primeiramente, pode-se perceber que os atuais discursos em saúde privilegiados pelo PSF têm convivido com os discursos mais tradicionais, dos modelos biomédicos, reflexos da maneira como os serviços de saúde foram se constituindo anteriormente, voltados basicamente a aspectos curativos da saúde. Hoje, com o reordenamento da assistência à saúde, a veiculação de hábitos saudáveis, de formas mais humanas e autônomas de interagir com a saúde, traz conseqüentemente propostas diferenciadas, de modos mais qualitativos de se fazer assistência visando a uma saúde integral. Com isso, há uma mescla de respostas da população em relação a esses sentidos, lidando com a saúde/doença da maneira como aprenderam a se relacionar com o Sistema de Saúde, e a proposta de um novo modo de lidar com esta ainda é bastante recente. Esses sentidos vão se construindo na análise das conversações grupais: apesar de esses discursos da promoção de saúde já se constituírem vozes que atravessam as conversas das participantes, havendo vozes que referem fatores voltados a uma saúde global, a apropriação que esses relatos vão tendo, porém, são produzidos permeados por uma versão ainda tradicional da saúde – ter saúde como não estar doente, não sentir dor.

Os paradigmas hegemônicos da saúde sempre estiveram assentados numa perspectiva positivista, dados como algo exterior à pessoa, que esta adquire ou perde, dependendo de seus comportamentos, havendo as peças que compõem a saúde. Visão esta que trouxe muitas das crises da Saúde Pública e que se tem tentado romper através da elaboração de novas políticas públicas (Paim et al. 2000). Como vimos na análise dos grupos, esses discursos da Saúde Pública, repletos de velhos e novos conceitos e significados que se entremeiam e se contradizem, não são exclusivos dos formuladores das políticas de saúde, estando também refletidos em toda a sociedade, incluindo aí os usuários do Sistema Único de Saúde, permeando seus discursos de saúde/doença.

As falas das participantes trataram de uma saúde vinculada ao autocuidado e a condições ótimas de vida, em sintonia com as propostas veiculadas pelo PSF. Porém, o modo como essas conversações foram se seguindo, mostrou-as em muitos momentos, assentadas no paradigma positivista de saúde. Essa percepção só foi possível a partir da aproximação com essas pessoas através dos grupos, possibilitando o diálogo e a interlocução junto às participantes.

Essa discussão tenta mostrar, como, apesar de a primeira impressão dos discursos estar assentada nas concepções privilegiadas pelo PSF, as referências

das participantes no tratar a saúde, não estavam isentas de um conceito tradicional, estabelecendo muitas vezes relações de causa e efeito no processo saúde/doença. Isso nos leva a pensar no cuidado que há de se ter nas escutas às comunidades, em seus discursos.

Não daria para se afirmar de antemão que os discursos que permearam esses grupos diziam de uma apreensão quanto à concepção de saúde integral, tal como proposta pelo SUS. Apesar de as conversas presentificarem esses conceitos, essas informações adquiridas por si só não foram suficientes para uma atuação no lidar e agir com as questões de saúde/doença, conforme previsto por essas novas propostas da promoção de saúde.

Esses novos discursos sobre saúde estão sendo amplamente veiculados, e as participantes dos grupos mostraram já ter acesso a eles, porém, a vivência que relataram de seus cotidianos estão também relacionadas ao paradigma anterior. Isso leva a pensar que as discussões grupais estão remetidas aos repertórios do Sistema de Saúde que vivenciam, e o paradigma do modelo de assistência ainda não conseguiu se reverter totalmente, apresentando-se muitas vezes, apenas em formas de protocolos oficiais e discursos. As referências nos grupos também dizem desse lugar, com um discurso amplamente afinado com a promoção da saúde, mas com práticas medicalizadas para a ausência de doenças.

Já no segundo eixo de análise, *“Quando a questão é recuperar a saúde”*, as conversações estiveram mais voltadas às debilidades na saúde, envolvendo mais ativamente, em termos intervencionistas, questões de assistência à saúde e os profissionais de saúde.

O acesso a esses cuidados, necessitados pela população, quando há problemas de saúde, é fundamental e legítimo, garantido pela Constituição de 1988 e seus desdobramentos, como já foi discutido na introdução do trabalho.

A configuração que esse acesso vinha tomando nos meios produtores das políticas de saúde e nas suas práticas institucionais era o da garantia à aquisição a serviços de saúde pela população, manifestando-se em necessidades de ampliação de espaços para prestação de assistência médica à saúde (Cohn, Nunes, Jacobi e Karsch 1991).

Com o crescimento das discussões para uma efetiva implantação do SUS, a proposta de um Sistema de Saúde mais amplo e humanizado foi adquirindo fôlego e o conceito de acesso foi ampliado, desdobrando-se em várias qualidades:

- Acesso como a existência de uma estrutura física para atender aos usuários em suas demandas de consultas, exames e acompanhamento médico;
- Acesso a profissionais de saúde capacitados e competentes, para que o paciente seja contemplado num atendimento digno e eficiente;
- Acesso ao próprio profissional de saúde, principalmente ao médico no momento da consulta, para que se tenha espaço de escuta e diálogo das queixas, dúvidas e angústias. Para que haja possibilidade de negociação de qual tratamento é o mais proveitoso para a situação do paciente, considerando não somente sua situação orgânica, mas também o seu contexto cotidiano.

O acesso à saúde, portanto, caracteriza-se por um conjunto de fatores de variadas dimensões envolvendo aspectos mais ampliados do que exclusivamente a assistência à saúde ou recursos tecnológicos (Fekete 1995; Unglert 1990). Pode-se caracterizar também como possibilidade de entendimentos mútuos, como possibilidade também de acolhimento.

*(...) o acolhimento é um processo em que se estabelecem relações humanizadas, e se utilizam de recursos necessários à resolução dos problemas dos usuários, na perspectiva do desenvolvimento de autonomia na vida, especialmente na do usuário. (Matumoto 1998, p 45)*

O acolhimento, como proposta de intervenção, está condizente com um modelo de assistência que enfatiza o processo saúde/doença como algo da ordem da personalidade e da relação, valorizando mais as necessidades humanas do que as normatizações e burocracias de um serviço (Matumoto, op.cit.).

Traduz-se em um processo relacional do trabalhador de saúde com o usuário, um processo de escuta e responsabilização, possibilitando a construção do vínculo e o reconhecimento do direito à vida desses usuários que procuram o serviço de saúde com qualquer demanda de cuidados (Franco et al., s/d).

Caracteriza-se, portanto, como recurso privilegiado de acesso ao Sistema de Saúde. O usuário, ao ser recebido por um trabalhador de saúde no serviço e ter suas demandas acolhidas, podendo daí serem desencadeadas diversas formas de resolução do problema apresentado, está sendo contemplado no acesso, recebendo uma assistência mais humanizada e ao mesmo tempo favorecendo a reorganização do fluxo do serviço.

Os grupos realizados, de uma forma ou de outra, manifestaram dificuldades quanto a todos esses tipos de acesso. Seja o acesso a consultas médicas e

exames, o acesso à aproximação e diálogo com o profissional de saúde que as acompanham ou mesmo o acesso ao sentido que determinada doença tem para o médico, autorizando ou não sua inclusão na categoria de enfermas e carentes de cuidados.

Conh et al. (1991) em seu estudo sobre a utilização popular dos serviços de saúde em uma região metropolitana de São Paulo, observou a questão da dificuldade de acesso para a população também como algo maior do que apenas recursos físicos:

*A acessibilidade formulada pela população usuária corresponde a relação funcional entre as “resistências” (grifo do autor) que são oferecidas pelos próprios serviços – que se exprimem nas dificuldades sentidas pelos usuários para efetivar o atendimento que buscam – e o “poder de utilização” (grifo do autor) que se forma através de experiências, percepções e valores – que se expressam nas razões para o bom atendimento – por parte de quem é atendido e conforma o seu perfil de demanda (p 93).*

O conceito de saúde integral proposto pelo PSF é de um ser humano global, dotado de funções físicas, psíquicas e também sociais, interligadas entre si. O cuidar dessa integralidade é olhar atentamente a todos esses fatores que concomitantemente conduzem seu funcionamento. Tanto quanto esse olhar global é prover o acesso a esses cuidados globais. A integralidade também se refere ao acesso ao Sistema de Saúde, oferecendo serviços de primeiro, segundo e terceiro nível para a população e não priorizando somente um de seus aspectos.

Os dois eixos de análise abordaram a integralidade nesses aspectos, o primeiro enfatizando mais a perspectiva do ser humano integral e o segundo eixo mais a integralidade do acesso ao Sistema de Saúde.

Não há como pensar na organização de um nível de atenção à saúde sem considerar os outros níveis. Oferecer atenção de primeiro nível à população através do Programa de Saúde da Família não significa por si só contemplar a integralidade. A proposta de se tratar integralmente das questões de saúde de uma comunidade, tal como o PSF propõe, abrange dar suporte para outros níveis também.

Porém, os três níveis de atenção em saúde devem ser pensados como separados apenas conceitualmente, ou seja, didaticamente, para sua elaboração e organização. Na prática devem estar articulados entre si, contando com a integralidade do Sistema de Saúde funcionando. Campos (1997b) atenta para não

cair numa armadilha ao realizar a divisão hierárquica dos níveis de atenção à saúde, devendo-se ter o cuidado para não dividir também o usuário, fragmentando-o em níveis de problemas.

A promoção de saúde preconizada pelo PSF valoriza a autonomia das pessoas na busca pela saúde global, para uma melhor qualidade de vida. Porém, se não houver respaldo e condições para outros tipos de cuidados, incluindo a recuperação e reabilitação, não há como contemplar a globalidade dessa saúde.

Uma forma de viabilizar esse funcionamento integral na saúde e promover a efetiva reorientação da assistência é a criação de redes.

*As redes são uma proposta de trabalho coletivo, uma contribuição a uma nova maneira de articular sujeitos diversos e de produzir transformações. São formas de organização multicêntricas, com múltiplos nós constitutivos de lugares de articulação, não estando a propulsão do conjunto localizada em um lugar fixo (Feuerwerker e Souza, 2000, p.51).*

As redes podem ser pensadas também a partir de diferentes perspectivas que podem até se articularem.

- Rede de Instituições – Articulação englobando Universidades e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para que se estabeleçam parcerias coletivas de ensino e formação para os profissionais de saúde. Nessa articulação se compõem os Pólos de capacitação de Recursos Humanos para o PSF, com o objetivo de desenvolver atividades de formação, capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde da área básica, preparando-os para um atendimento diferenciado, em sintonia com os princípios e diretrizes do SUS e articulado com os outros níveis de atenção. (Feuerwerker e Souza op. cit.)

- Redes interativas – Estratégia para a implantação de ambientes saudáveis e promotores de saúde em torno de uma cidade, expandindo a idéia da promoção de saúde como qualidade de vida para outros aparelhos sociais como, por exemplo, escolas promotoras de saúde, delegacias promotoras da saúde e outras iniciativas que podem compor essa rede interativa, possibilitando que a saúde realmente se torne territorial, integral e intersetorial, princípios previstos pelo PSF (Buss, 1998).

- Rede de referência e contra-referência – Tendo por objetivo a estruturação dos serviços de saúde local previsto pelo SUS. Essa rede é que permite a integralidade do Sistema de Saúde em seus níveis de atenção. A organização das redes de referência e contra-referência possibilitam a entrada do

usuário no serviço, tendo todos os níveis de atenção garantidos e articulados entre eles. O primeiro nível, PSF, porta de entrada para o Sistema, deve realizar a referência para os outros níveis em caso de necessidade a outros tipos de acompanhamento. Os demais níveis, por sua vez, fazem a contra-referência, isto é, retornam o usuário para sua equipe de referência, mantendo assim uma rede interligada. Com isso se torna possível o acesso integral ao Sistema de Saúde pela população.

Enquanto essas redes não estiverem priorizadas na saúde, não só o Sistema não funcionará do ponto de vista organizacional/estrutural, como também ficará comprometida a adesão da população ao PSF. Como se viu relatado nos grupos, há uma insegurança quanto ao respaldo e com o que podem contar na assistência à saúde, tornando essas mulheres receosas em relação às promessas do PSF.

A exemplo do subtema *“Ela tá com saúde. Tem até cartão do posto”*, no quarto grupo, as participantes apresentam satisfação com o Núcleo de Saúde da Família quanto ao atendimento, a atenção, ao respeito e a rapidez para as consultas. Relataram, no entanto, a insuficiência do Núcleo como existente por si só, desagregado de outros níveis de assistência. Quando necessitam de um outro tipo de intervenção, o qual não é da competência do Núcleo, o sentimento é de desamparo. Seja no caso de um exame de sangue, seja na necessidade de um atendimento de urgência. Desse modo, não vivenciam a experiência da integralidade na saúde proposta pelo PSF, dificultando ainda mais a confiabilidade no Sistema de Saúde e conseqüentemente sua adesão a ele.

Uma das grandes críticas ao PSF é de não estar conseguindo instituir tais redes, não estabelecendo articulação com os outros níveis de atenção, conseqüentemente funcionando como um SUS à parte (Conselho 2001; Franco e Merhy 1999c).

É imprescindível a construção concomitante dessas redes junto ao PSF, com investimentos em todos os níveis de atenção e não os segmentando e priorizando somente um dos níveis.

Nos dois eixos de análise, todas essas discussões foram produzidas referindo grande preocupação com todos os tipos de acesso, sendo relatado, inclusive, em alguns momentos ser insuficiente querer se cuidar, buscar saúde, se quando há necessidade de intervenções específicas, que não dependem unicamente da pessoa, não se ter o amparo que consideram necessário.



Ao tratar das concepções de saúde/doença, Minayo (1998) referiu-as como um fenômeno cultural e também relatou a importância de se compreender como a população vivencia essas concepções, para ser possível propor intervenções mais efetivas e condizentes com as especificidades locais.

Também nesse estudo, o autocuidado foi uma questão do processo saúde/doença bastante valorizado pelas participantes. No primeiro eixo ele esteve mais focado nas questões da promoção de saúde, de seus cotidianos, sendo essas mulheres as principais agentes envolvidas. No segundo eixo, o autocuidado foi relatado referido aos momentos de recuperação da saúde e, portanto, esteve vinculado também ao profissional de saúde. A tensão aí esteve nas divergências entre o profissional e o paciente quanto às suas referências sobre saúde/doença, caracterizando-se o autocuidado em alguns momentos, como a não-adesão a um tratamento.

A perspectiva de se pensar a não-adesão como uma forma da pessoa se cuidar, o que anteriormente era visto como um descuido à saúde, possibilita reconhecer um aliado na luta da promoção da saúde nas comunidades. Por outro lado, implica também repensar a forma como essas pessoas têm sido abordadas nas situações delicadas de desequilíbrio de sua saúde, situações que requerem o entendimento mútuo do que é importante e necessário num tratamento e nos cuidados à saúde, para que possa haver a possibilidade de adesão.

Segundo Merhy (1994), a forma prevalente de atenção à saúde no País hoje contribui para que o usuário seja um mero depositário dos problemas e que somente serão reconhecidos dentro do que é legitimado no modelo médico. Nomeia essa forma de funcionar o Sistema de modelo liberal/privatista, no qual o usuário é sempre subjugado às formas hegemônicas de se caracterizar saúde ou doença. De acordo com o autor, as necessidades do usuário são reduzidas na medida em que não são tratadas em sua universalidade, mas num processo estruturado e previsível, localizado nas mãos dos profissionais, como propriedade do poder médico, que definirá o que se enquadra como problemas de saúde e o que não deve ser considerado como tal.

*“Este quadro tem estado presente cotidianamente na vida das instituições de saúde, no Brasil, e tem se expressado não só na total insegurança da clientela no tipo de atendimento do qual muitas vezes está sendo vítima, mas também na profunda crise de realização humana e profissional do conjunto dos trabalhadores do setor saúde...” (Merhy, op.cit. p.123)*

Segundo Chammé (2000), a política de saúde vigente não tem privilegiado a escuta, por parte dos profissionais, das demandas do paciente quando este procura um serviço com a angústia de um problema, sendo urgente a construção de estratégias para novas políticas que se voltem a estes pontos. Para que o autocuidado possa se caracterizar também como a adesão a um tratamento indicado.

Para que esse encontro profissional de saúde e paciente dê certo, o diálogo deve ser uma via de mão dupla. Somente assim poderá haver por parte do paciente, a compreensão de para que serve uma conduta específica dada pelo médico e por parte do médico, a compreensão da necessidade premente do paciente com relação às suas queixas e angústias.

Essas reflexões produzidas pela análise dos grupos não possuem o objetivo de negar que providências têm sido tomadas e avanços têm ocorrido desde a reforma sanitária e principalmente com a regulamentação do SUS. São mudanças lentas, recentes, mas existentes. O que se quer realmente pôr em relevo, em foco nessa pesquisa, é a importância que essas questões discutidas possuem para a efetiva consolidação de um modelo de saúde comprometido com a vida. Um modelo que considere muito mais a forma como os procedimentos serão tomados do que eles em si mesmo.

Na linha de argumentação que vem se seguindo, faz-se necessária a aproximação com essa comunidade, facilitando-se a abertura de espaços de conversação, onde o diálogo seja a ferramenta-mestra da relação, possibilitando a construção de novos sentidos na saúde e na assistência local voltada para a promoção, prevenção e quando necessário a reabilitação.

Campos (1997b) traz como proposta viável de superação da clínica tradicional (clínica no sentido das intervenções dos fazeres médicos) a sua reformulação e renovação, resgatando seu valor utilitário. A possibilidade de se estabelecer qualidade e eficácia no seguimento do usuário, segundo o autor, está na valorização da fala e da escuta entre profissionais e pacientes, a escuta de uns pelos outros, utilizando estratégias como vínculo, acolhimento e a promoção do autocuidado.

Só assim será possível a produção de uma saúde mais equitativa. Não apenas uma mudança da estrutura de trabalho, mas como uma outra forma de se relacionar com este trabalho.

A criação de espaços de interlocução entre o profissional de saúde e a comunidade, bem como esses grupos comunitários realizados para a pesquisa, podem se caracterizar como uma ferramenta para romper com as formas tradicionais do trabalho em saúde auxiliando na emergência de um novo paradigma, em que tais espaços sejam legitimados como ações em saúde, tão fundamentais quanto as outras ações já estabelecidas tradicionalmente. O cumprimento do direito da participação popular, dando-se além do controle social, abrindo espaços de produção de diálogo junto à comunidade, de reflexão, problematização, construindo uma relação de co-responsabilidade na construção de formas mais humanas e efetivas do trabalho em saúde, possibilitando-se, assim, a construção de um fazer em saúde, não meramente técnico, mas comprometido com a cidadania.