

## Processo saúde/doença e estratégia de saúde da família: o olhar do usuário<sup>1</sup>

Débora de Souza Santos<sup>2</sup>

Elainey de Albuquerque Tenório<sup>3</sup>

Mércia Zeviane Brêda<sup>4</sup>

Silvana Martins Mishima<sup>5</sup>

Objetivo: analisar os significados atribuídos pelos usuários da Atenção Primária à Saúde ao seu processo de saúde/doença e aos serviços utilizados. Métodos: pesquisa qualitativa utilizando a técnica do grupo focal para entrevista com dois grupos de usuários acompanhados pelo serviço, sendo o primeiro um grupo de idosos e o segundo, de mulheres gestantes. Para análise dos significados, usou-se a técnica de análise de discurso e referencial da promoção em saúde. Resultados: grupo de idosos, maioria feminina, portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, visualiza o processo de saúde/doença como evolução da existência humana controlada pelo poder divino, significando o serviço de saúde como uma bênção no controle da doença. O grupo de gestantes jovens significou saúde como capacidade para autocuidado e doença como incapacidade para tal, concebendo o serviço de Atenção Primária como responsável pela recuperação da saúde individual e familiar. Considerações finais: os usuários demonstraram insatisfação com relações burocratizadas e verticalizadas presentes no serviço de saúde. Observou-se, em cada grupo, que significados para saúde e doença e significados do serviço de saúde elaborados pelos usuários podem estar relacionados.

Descritores: Estratégia Saúde da Família; Promoção da Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária; Enfermagem.

<sup>1</sup> Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL), Brasil, processo nº 00000826(01).

<sup>2</sup> PhD, Professor Adjunto, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira, Prefeitura Municipal de Salvador, Salvador, BA, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Professor, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

<sup>5</sup> PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Débora de Souza Santos

Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia

Av. Lourival Melo Mota, s/n

Cidade Universitária

CEP: 57072-900, Maceió, AL, Brasil

E-mail: ssdebora@yahoo.com.br

**Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

## Introdução

Nas últimas duas décadas, o Sistema Único de Saúde (SUS) avançou em diversos aspectos, como na ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na reconfiguração da gestão e financiamento do sistema, e na institucionalização legal dos espaços deliberativos de participação popular. Entretanto, alguns autores<sup>(1-2)</sup> sinalizam fragilidades que dificultam a consolidação de um modelo de atenção amparado na promoção da saúde.

Um modelo voltado para a promoção da saúde pressupõe que o processo de saúde/doença é resultante de determinantes sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais, que podem contribuir para o aparecimento das doenças e constituem fatores de risco para a população, configurando seus índices de qualidade de vida<sup>(3)</sup>. Dessa forma, promover saúde requer articulação entre os diversos setores sociais, além da saúde, que garantam condições aos usuários de se empoderarem para o controle social na gestão de conhecimentos, técnicas, poder, recursos físicos, financeiros e humanos, voltando-os para a ação nos seus determinantes de saúde/doença<sup>(4)</sup>. Assim, entende-se que as necessidades de saúde trazidas e traduzidas pelos usuários contribuem para a conformação das práticas de saúde, relacionando-as à configuração do modelo de atenção<sup>(1)</sup>.

Dentro da discussão sobre os modelos de atenção, a necessidade em saúde ou problema de saúde trazido pelo usuário demanda ações e serviços de saúde para a sua resolução. Essas práticas de saúde, reunidas, configuram um modelo de atenção em saúde. As necessidades em saúde apresentadas pelos usuários são conformadas a partir da interpretação que os usuários dão à saúde e à doença, interpretação essa que é influenciada por inúmeros determinantes e condicionantes biológicos, sociais, psicológicos e econômicos, em um constante processo de formação de subjetividades<sup>(5)</sup>. No entanto, tem-se observado que os profissionais de saúde ainda desconsideram esses aspectos, pois sofrem a forte influência do modelo biomédico, que visualiza o processo de trabalho como algo impessoal, está centrado na cura da doença já instalada, na hospitalização e fragmentação do sujeito, retirando-lhe a autonomia sobre seu processo de saúde/doença, tão necessária para o fortalecimento da promoção da saúde<sup>(6)</sup>.

Ao considerar as interpretações e significados formulados pelos usuários, os serviços para a promoção da saúde passam a agregar três características

fundamentais: ética, à medida que só se desenvolvem relações éticas entre usuário e serviço, quando aquele é visto como um indivíduo e agente social das próprias mudanças; pragmática, pois o envolvimento do usuário só se faz através do diálogo e sua participação a partir da vivência de práticas cotidianas e reflexão crítica sobre as ideias e concepções que orientam as práticas de saúde entre os diferentes atores<sup>(7-8)</sup>. Com base em tais pressupostos, questiona-se sobre quais são os significados atribuídos pelos usuários ao seu processo de saúde/doença e ao serviço da Estratégia de Saúde da Família diante da realidade de Maceió, AL, Brasil.

No ano 2010, apesar da melhora em relação ao ano 2000, os indicadores socioeconômicos da capital alagoana apontaram uma população em que 40,67% viviam com menos da metade de um salário-mínimo e 15,95% viviam com menos de um quarto de salário-mínimo. As taxas de analfabetismo e desemprego estavam em torno de 11,32 e 12%, respectivamente. Simultaneamente, a taxa de mortalidade infantil estava em 18,6%, maior que a média nacional, enquanto a taxa de mortalidade por doenças transmissíveis aumentou de 59,1%, em 2009, para 63,1%, em 2010. Em contrapartida a essa realidade, Maceió, AL, em 2010, tinha apenas 29,53% de sua população coberta pela Estratégia de Saúde da Família<sup>(9)</sup>.

Diante disso, o objetivo deste trabalho foi analisar os significados atribuídos pelos usuários ao seu processo de saúde/doença e ao serviço da Estratégia de Saúde da Família, formulados pelo usuário em seu contexto sociocultural. Entende-se que o estudo contribui diretamente para a compreensão de como os usuários significam saúde, doença e serviços de saúde, tanto quanto para o modo como esses significados se relacionam no cotidiano dos serviços de saúde, valorizando a integralidade e a participação popular como diretrizes re-estruturantes do modelo de atenção para a promoção da saúde dessa realidade em particular.

## Métodos

Estudo de abordagem qualitativa, realizada com usuários de uma unidade de saúde da família da cidade de Maceió, Alagoas, Brasil, no período de janeiro a maio de 2011, por meio da constituição de grupos focais. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (Processo nº013414/2010-20).

O grupo focal é uma técnica de pesquisa que consiste na realização de entrevista coletiva com grupo

homogêneo, planejado de maneira a haver interação entre os sujeitos na discussão de um tema central. Dessa maneira, o estudo permitiu capturar, por meio das falas, os significados atribuídos pelos usuários da ESF à saúde, à doença e ao serviço de saúde<sup>(10)</sup>.

Para isso, planejou-se a realização do grupo focal com os usuários participantes de dois grupos distintos de educação em saúde da USF, pois, segundo os próprios profissionais que trabalham na unidade, esses apresentam maior vínculo com o serviço; esses grupos se constituíram por idosos e gestantes. Elaboraram-se convites para os usuários participantes desses grupos, informando a data e a hora da realização do grupo e o tema a ser discutido; os convites foram entregues com a ajuda dos agentes comunitários de saúde. No dia, local e hora marcados, iniciou-se a entrevista com os grupos, utilizando-se as seguintes questões disparadoras: "O que é viver a saúde?", com a intenção de captar os sentidos e significados atribuídos à saúde e à doença e "O que vocês acham do serviço de saúde da ESF?", com a intenção de captar os sentidos e significados relacionados ao serviço de saúde.

Conforme critérios metodológicos do grupo focal, os grupos foram organizados por um coordenador e um observador, de maneira a garantir a participação de todos os sujeitos, utilizando-se um roteiro semiestruturado.

As entrevistas coletivas foram gravadas, transcritas e analisadas a partir do método Análise do Discurso<sup>(11)</sup>, tomando o referencial de Promoção da Saúde como modelo teórico para análise<sup>(12)</sup>. O discurso é a "atividade produtora de sentidos que se dá na interação entre falantes"<sup>(13)</sup>, sendo que o sentido é construído social e historicamente, materializando-se na linguagem. A análise de discurso visa a obtenção dos significados dos textos, relacionando-os à conjuntura religiosa, filosófica, sociopolítica, jurídica e econômica que os permeia. Foram utilizados nomes de planetas para os participantes do grupo 1 e nomes de flores para os participantes do grupo 2, com a finalidade de preservar a identidade.

## Resultados

Foi realizado um encontro com cada grupo. O encontro com o 1º grupo teve a duração de 41 minutos e 18 segundos, enquanto o encontro com o 2º grupo durou 30 minutos e 54 segundos.

O primeiro grupo focal realizado contou com a participação de cinco usuários, de maioria feminina, predominantemente idosos, faixa etária entre 55-75

anos, frequentadores do grupo portador de hipertensão arterial e *diabetes mellitus* da USF. O segundo grupo contou com a participação de sete usuárias, jovens, faixa etária entre 21-29 anos, participantes do grupo de gestantes da referida unidade.

A análise das falas seguiu a lógica da geração de sentido<sup>(10)</sup>: identificaram-se primeiramente palavras e expressões utilizadas pelos usuários e, a partir disso, apreenderam-se as figuras e temas em frases temáticas. Mas, para que as frases temáticas viessem a constituir significados, como preconizado pela Análise do Discurso, relacionaram-se as frases temáticas ao grupo onde surgiram, no tempo e no espaço em que foram produzidas, aos usuários participantes e suas relações de poder reproduzidas no discurso. A seguir, apresenta-se a Figura 1, que sintetiza os significados apreendidos em cada grupo focal.

	Significados
Grupo 1	Saúde e doença como condições transitórias, de caráter evolutivo, natural e inevitável
	Processo de saúde/doença sob a direção do poder divino
	Serviço da Unidade de Saúde da Família como bênção divina no controle das doenças
Grupo 2	Autocuidado como elemento determinante para a conservação da saúde
	Doença como incapacidade ou déficit para o autocuidado
	Serviço de saúde significando a recuperação da saúde e da capacidade para o autocuidado

Figura 1 - Síntese dos significados emergidos nos grupos focais. Maceió, AL, Brasil, 2011

## Discussão

### Análise do grupo focal 1: saúde é como a gente quando é jovem

Os usuários idosos, representados na Figura 1 como grupo 1, não colocam saúde e doença sob o ponto de vista dualístico, opondo os fenômenos, mas significam saúde e doença como condições transitórias, de caráter evolutivo, natural e inevitável. Caracterizam a saúde como plenitude física que permite ao indivíduo resistir às adversidades, permeada pela sensação de prazer individual, mais característico do jovem, e a doença como fenômeno incapacitante, causador de sofrimento e dependência, mais característico da fase de vida do idoso, por eles vivenciada, como se pode observar nas falas, a seguir. *Saúde é como a gente quando é jovem, né? Vai para onde quer, tudo é bom, tudo é saudável, mas a gente quando é velho, a gente vai para um canto hoje e amanhã*

*amanhece batido, cansado* (Urano, 65 anos). *Tem que morrer um dia, não vou ficar pra semente* (Terra, 72 anos).

É compreensível que na condição de idosos, portadores de doenças crônicas, várias são as limitações físicas que os acometem, influenciando a autopercepção como pessoas que um dia já tiveram saúde e hoje são doentes, vivendo na iminência da morte<sup>(13)</sup>. Essa forma de significar a saúde e a doença baseia-se na determinação da existência dos organismos vivos, que são programados para nascer, viver e morrer<sup>(14)</sup>. Porém, a morte não é um fato exclusivo da velhice, mas é certo que "se sobrevivermos até a velhice morreremos, mas não por sermos velhos, mas pelo fato de sermos humanos"<sup>(14)</sup>.

Essa interpretação do grupo aproxima-se da ideia de que o indivíduo, ao longo de sua vida, está susceptível aos diversos riscos internos e do ambiente que coloca o organismo em desequilíbrio, exigindo seu esforço para restabelecer um novo equilíbrio. Os processos de modificações provocados para restaurar o equilíbrio do corpo, ao longo do tempo, vão modificando-o, sendo que o corpo velho, mais fragilizado, é resultado desses processos. Consequentemente, admite-se que a doença faz parte da saúde que, nesse ponto de vista, nada mais é que "poder ficar doente e recuperar-se"<sup>(15)</sup>.

Uma usuária explica que esse *processo saúde/doença está sob a direção do poder divino: saúde é uma bênção do pai celestial... Porque, você veja, tem pessoas que não têm condições de viver, a alimentação é fraca, eu mesmo... Agradeço a Jesus Cristo por a saúde que ele me dá!* (Saturno, 55 anos).

Na visão da usuária, apenas o poder divino justificaria a sobrevivência em meio à adversidade das condições sociais e econômicas, como uma forma de salvação, indo de encontro ao referencial de promoção da saúde que diz que condições adversas não são capazes de produzir saúde. Na concepção sagrada de saúde e doença, obter a saúde é sinônimo de salvação<sup>(14)</sup>. Nesse sentido, o serviço da USF assume o significado de *bênção divina no controle das doenças e na promoção de uma vida saudável: O posto que eu cheguei para me tratar foi aquele e aquele eu dou valor, é uma bênção para mim, do tempo que eu estou lá, ninguém foi ruim pra mim... Teve outra vez que eu cheguei já morrendo, mas fui tratada que nem uma rainha* (Netuno, 75 anos).

Essa visão do serviço de saúde como uma dádiva divina reflete-se em uma postura passiva dos usuários diante do serviço, pois, dessa forma, o serviço perde para o usuário sua característica de direito, conquistado e garantido legalmente. A relação de submissão que

se estabelece pode ser observada também quando os usuários referem "solicitar o consentimento" do agente de saúde ou das pessoas da recepção para serem atendidos pelo serviço de saúde.

A significação do serviço como bênção divina investe o profissional de saúde de um grande poder sobre o usuário, colaborando para a configuração de uma relação verticalizada entre profissional de saúde e comunidade, sendo o primeiro detentor do saber e o usuário uma pessoa ignorante e unicamente culpada pelo seu mal-estar<sup>(16)</sup>. Na concepção mágico-religiosa de saúde, a doença é tida como um castigo divino devido às transgressões das leis divinas, restando ao indivíduo uma postura passiva de submissão à vontade divina de curar ou eliminar o mal. Sendo assim, para o usuário, diante de sua necessidade, não resta alternativa a não ser aceitar a peregrinação em busca do atendimento no serviço como parte do processo de remissão da culpa e alcance da cura<sup>(16)</sup>.

Observando as falas dos usuários, percebe-se esse fenômeno quando esses relatam não importar-se com carência de serviços especializados, falta de medicamentos ou a longa espera nas filas. Mesmo que na condição de idosos possuam prioridade, aguardam na fila com resignação a sua vez, assumindo a culpa de não serem atendidos por não esperarem quietos, sem reclamar, ou por não chegarem a tempo de conseguir vaga na fila. ... *Porque não chego lá, para passar na frente... Já teve muita confusão ali dentro, viu? Por causa disso... Lá tem fila, tem que entrar na fila!* (Marte, 70 anos). *Os idosos, eles chegam lá e são atendidos primeiro... Agora eu só não fui atendida, porque eu chego lá fora da hora, né? A médica está atendendo, mas eu cheguei atrasada, aí eu vou embora. Porque não cheguei no horário certo* (Urano, 65 anos).

A organização da agenda diária e marcação de atendimento são atribuições dos trabalhadores do serviço de saúde, devendo ter relativa participação dos usuários em sua construção, diminuindo a burocracia e verticalização das relações entre usuário e serviço<sup>(17)</sup>. Entretanto, quando se observa, nas falas, que os usuários se culpabilizam por não se ajustarem à fila de atendimento, percebe-se como o serviço pode exercer seu poder sobre o sujeito, desestimulando sua capacidade de participação e autonomia. Nesse sentido, o encontro entre comunidade e serviço adquire um mecanismo controlador, reproduzidor de ideologias e produtos sociais<sup>(17)</sup>, diferente do que é preconizado pela ESF para configuração de um modelo de atenção voltado para a promoção da saúde, com uma lógica de atendimento centrada na relação entre usuário e

serviço, baseada no respeito mútuo, valorização das subjetividades e autonomia dos sujeitos<sup>(18)</sup>.

Dentro do cardápio de ações programáticas da ESF contidas na agenda diária, os usuários do grupo de idosos relatam que usufruem da distribuição de remédios, encaminhamento para cirurgias, aferição de pressão, teste de glicemia capilar, consultas médicas e de enfermagem, vacinas e participação de atividades educativas. O atendimento prestado pelo agente de saúde é bastante valorizado pelos usuários, pois se sentem acompanhados, mesmo estando no domicílio. *Para mim está bom. O bom é o atendimento... Para olhar o diabetes, o menino olha o dedo da gente, pesa a gente, quantas vezes eu mando ele me pesa, tira a pressão, me encaminha para a doutora... Quando eu não vou à doutora, eu pego com a enfermeira ... (Urano, 65 anos). Já me encaminhou uma operação... Fui operado... Tudo daí!... As meninas que trabalham lá gostam muito de mim Mas graças a Deus... (Marte, 70 anos). Depois que eu fui para aquele posto ali, se eu for me consultar, eu sou atendida, porque o meu agente de saúde vai lá à casa da gente. Aí eu fico muito satisfeita, que nesses outros postos a gente enfrenta uma fila... (Netuno, 75 anos).*

Nessas falas, os usuários destacam ainda como valorizam durante o atendimento o tratamento com respeito, consideração e resolutividade, estabelecendo, a partir desses critérios, relações com o serviço marcadas por afetos positivos ou negativos. Sobre isso é comum que os usuários, na falta de critérios técnicos para avaliar o desempenho do profissional, utilizem parâmetros cotidianos de apreciação do trabalhador como amabilidade, boa vontade e complacência<sup>(18)</sup>. Sob esses critérios, podem desenvolver relações de afeto positivo ou negativo, a depender do sucesso na resolução de suas necessidades de saúde, o que determinará a continuidade e adesão aos serviços oferecidos<sup>(19)</sup>.

No discurso dos usuários, é possível observar o desenvolvimento do afeto positivo nos termos "ser tratada como uma rainha", "pessoal gosta de mim", "os idosos são atendidos primeiro". Por outro lado, o desenvolvimento de afetos negativos foi observado nas falas de outros usuários que relataram se sentirem rejeitados pelo serviço, quando lhes faltavam informações, nas ocasiões de conflitos com a equipe, na marcação de consulta desajustada de sua rotina e em relação ao tempo de espera prolongado na fila. *Quando eu mostrei assim o documento para o rapaz... me senti rejeitada e saí, né? Pronto, não voltei mais, né? (Terra, 72 anos). Eu mesmo, né? Tenho uma coisa a reclamar de lá... o exame da vista ...tanto dia pra marcar ela marcou pro dia 10, dia 10 é domingo! (Saturno, 55 anos).*

Quando a relação entre usuário e serviço limita alguma das partes e os afetos não têm o devido espaço no cotidiano do serviço, as ações em saúde tendem a ser enrijecidas, verticalizadas e excludentes, ou seja, desumanizam o serviço. Até mesmo os afetos positivos, se não devidamente discutidos e trabalhados entre os usuários e trabalhadores, podem produzir uma relação baseada na compaixão, informalidade, dependência de juízos e valores pessoais, reiterando a assimetria nas relações<sup>(19)</sup>, o que vai de encontro com os princípios da humanização em saúde, da autonomia e corresponsabilização dos atores que constroem os serviços de saúde. Por isso, os afetos produzidos na relação entre serviço e usuário, vistos nas falas, revelam um grande potencial transformador, se trabalhados no sentido de "quando aquele com quem partilhamos o caminho for tomado como autêntico interlocutor e não apenas como um 'objeto' de nossas iniciativas"<sup>(20)</sup>.

Dessa maneira, esse quadro aponta a necessidade de oportunizar e potencializar espaços democráticos de decisão, que valorizem os significados dos sujeitos implicados no processo de produção da saúde, para estabelecimento de vínculos solidários que viabilizem a reversão do modelo de atenção no contexto da ESF<sup>(20)</sup>.

## **Análise do grupo focal 2: viver a saúde é fazer o bem para si mesmo e para outras pessoas**

O grupo de mulheres apontou *o autocuidado como elemento determinante na conservação da saúde*, através de práticas saudáveis de higiene, alimentação, sono e prática de exercícios físicos, evitando o estresse e o uso de drogas, como observado nas falas. *...É viver bem, se alimentar bem, cuidar da própria saúde (Rosa, 22 anos). É não tomar bebida que não faz bem à saúde, não fumar... É acho que é isso (Violeta, 23 anos). Se não tiver higiene em casa... a saúde vai de água a baixo (Dália, 26 anos).*

Autocuidado é definido como um dos aspectos da vida saudável. É colocado pelas usuárias como a capacidade individual de realização de ações para si ou no ambiente, que mantenham o corpo funcionando adequadamente para desempenho das funções cotidianas, com bem-estar. A perspectiva de autocuidado pressupõe que a saúde é a forma pela qual uma pessoa manifesta sua existência processual, coexistindo com outros seres, comunicando-se com o mundo, exercendo o "desejo humano de saber, de busca da verdade e de fazer o bem a si mesmo e aos outros"<sup>(21)</sup>.

Para a ESF, a prática do autocuidado é uma prerrogativa necessária para o alcance da promoção da

saúde, uma vez que reforça a autonomia do indivíduo, tornando-o um agente responsável na busca pela qualidade de vida. No entanto, o discurso do autocuidado deve ser analisado à luz da sociedade neoliberal, onde se insere, para que não caia no individualismo, culpabilizando o indivíduo por sua doença e retirando do Estado sua responsabilidade no fornecimento dos recursos necessários para que os indivíduos promovam saúde. Ou seja, o autocuidado é importante em um modelo de promoção da saúde, mas se considerado como parte de uma política ampla e democrática, que promova qualidade de vida considerando os determinantes e condicionantes sociais de saúde<sup>(22)</sup>.

Consequentemente, considerando-se os determinantes e condicionantes sociais do território em que as usuárias vivem, marcado por precárias condições de habitação, saneamento básico, educação e lazer, além de elevadas taxas de desemprego, subemprego e violência, infere-se que possibilitar para si e para sua família boas práticas de higiene e alimentação sejam consideradas, pelas usuárias, aspectos fundamentais para sua saúde individual e familiar.

Além disso, é relevante ponderar que as mulheres vêm, cada vez mais, provendo a família de necessidades materiais. A dupla jornada de trabalho feminino é amplamente divulgada e conhecida, também nas camadas mais pobres da população, sobrecarregando o papel social de mulheres, como as entrevistadas<sup>(23)</sup>. A literatura também aponta que as mulheres formam o grupo que mais procura os serviços de saúde para si e para a família, em especial a Atenção Básica<sup>(24)</sup>. Nesse sentido, a significação de saúde como capacidade para o autocuidado pode estar relacionada à necessidade feminina de estar apta para o trabalho e para a organização do lar, tendo em vista a sustentação material e afetiva do núcleo familiar.

Assim, a conservação da própria saúde aparece como fator importante para o cuidado do familiar e do próximo, gerando sentimentos de prazer, satisfação, felicidade, alegria e coragem. *Felicidade, saber que está bem, que não corre riscos... O mais importante é ter saúde... Porque se eu não tiver saúde como é que eu vou cuidar dele?* (Aponta para o filho que estava no colo) (Dália, 26 anos). *É viver bem, ser feliz... Viver a saúde é fazer o bem para si mesmo... e para outras pessoas...* (Crisântemo, 21 anos). *Viver a saúde é... Ter coragem e ser assim sem moleza. É brincar, correr, sorrir, conversar, é vontade de fazer as coisas e é só isso* (Margarida, 29 anos).

Nesse caso, autocuidado e saúde retroalimentam-se positivamente de forma que o autocuidado gera

a saúde e a saúde fornece ao indivíduo o prazer da autonomia sobre o cuidado de si mesmo e do próximo, o domínio da própria vida. O autocuidado aparece não somente como importante para a conservação da saúde, mas como medida de saúde.

Descrevem o conjunto de ações de autocuidado como um modo de vida "saúdável" – não usar drogas, alimentação saúdável, praticar exercícios físicos, ir ao médico, ter higiene, entre outros. Todavia, o discurso do estilo de vida saúdável como modelo de autocuidado carrega em seu bojo uma prática individualista de promoção da saúde, apesar da sua relação positiva com a vida, pois, dentro dele, encontra-se um conjunto de regras engessado, prescrito pelo especialista, que desconsidera o contexto de vida e a subjetividade dos usuários<sup>(25)</sup>. Essa descontextualização é percebida pela usuária neste depoimento. *Estou sempre me cuidando e me tratando das doenças... Ah me alimento bem... apesar de que eu não como muito bem né* (risos) (Azaleia, 24 anos).

Enquanto a saúde, como capacidade para o autocuidado e o cuidado do próximo, produz, nas usuárias, sentimentos de prazer e felicidade, a *doença significa a incapacidade ou déficit de autocuidado*, provocando tristeza, morte, estresse, incapacidade, sofrimento e luto antecipado. *Fica triste pelos cantos (com doença), cabisbaixo, fica ali só vivendo a alegria dos outros, esperando o dia que chegue a sua hora* (Margarida, 29 anos). *Ah é muito ruim (estar doente)... porque a gente sabe que vai morrer, que está com pouco tempo de vida...* (Violeta, 23 anos).

Considerando-se a incapacidade para o autocuidado durante a doença, a perda do domínio da própria saúde, todo o sofrimento e fragilidades provocados, as usuárias delegam o domínio do cuidado de seu corpo ao serviço de saúde, na esperança de recuperar a capacidade de autocuidado. Assim, o significado da atenção prestada pela ESF é a recuperação da saúde. *Porque como é que a gente vai viver sem saúde? Vai viver sempre indo para os médicos, na esperança de um dia ficar bem* (Violeta, 23 anos). *Pra mim, viver a saúde é... frequentar o médico... ir ao médico* (Magnólia, 28 anos).

Elas buscam o serviço quando estão doentes, ou seja, quando se sentem fragilizadas e incapazes de realizar o autocuidado. Nessa ocasião, destituem-se da sua responsabilidade e colocam a expectativa de recobrar sua saúde no serviço, nesse caso, a ESF. No entanto, sentem-se insatisfeitas com o atendimento prestado pelo serviço, por não atender às suas expectativas. Algumas usuárias relatam receber atendimento hostil por parte de alguns funcionários,

que não consideram as fragilidades e dificuldades que encontram para acessar o serviço (doença, fome, falta no trabalho, filas), priorizando grupos populacionais específicos, como idosos, hipertensos, diabéticos, crianças e gestantes.

O atendimento é feito com agendamento diário, com base em cronograma rígido e engessado, chegando a excluir a possibilidade de atendimento até aos grupos populacionais prioritários, a depender do dia da semana. Trata-se do clássico modelo de atendimento em repartição pública, assimétrico e verticalizado, onde a humanização torna-se praticamente impossível, pois reitera a lógica tecnoburocrática, longe da relacionalidade, do encontro, ou seja, dificulta a formação de espaços dialógicos. A configuração da atenção na ESF não avança no rompimento desse quadro, pois está desenhada sob um conjunto de diretrizes, atribuições e protocolos de produtividade que restringem o poder de autogestão dos trabalhadores, contribuindo para a rigidez na oferta de serviços<sup>(19)</sup>. Esta situação repercute em uma avaliação crítica negativa por parte das usuárias. *Ruim é que a maioria das pessoas não são bem atendidas quando chegam, vem de casa sem comer, falta o trabalho... Só tá faltando aqui mais gente... Mas não essas ignorantes!* (Margarida, 29 anos). *Porque a minha irmã ela é grande e ela precisa de uma dentista e ela não pode vir à dentista, porque só pode ser gestante, idosos ou crianças* (Azaleia, 24 anos). *Não adianta um posto próximo da minha casa, que num faça as coisas que... a gente precisa, num caso de uma doença* (Margarida, 29 anos).

Entretanto, o agente comunitário de saúde e as ações educativas, na voz das usuárias, mostram-se como o contraponto positivo do serviço da ESF. O agente comunitário de saúde é valorizado pelo vínculo que estabelece com o usuário, por meio da visita domiciliar, auxiliando na marcação de consultas e exames, ou seja, possibilitando o acesso. Já as ações educativas são valorizadas pelo seu caráter informativo e transformador, ajudando as usuárias no autocuidado e no cuidado familiar. *Porque tem agente de saúde que vai em casa, o que a gente pediu à médica, ela leva o exame, pode ser que demore, às vezes demora, mas às vezes não demora, eu acho normal. Eu gosto* (Violeta, 23 anos). *Era bom que desse (grupo de educação) depois que a gente ganhasse neném também né?* (Magnólia, 28 anos). *Porque depois quando a gente tem neném, eles não chamam mais, eles convidam mais as gestantes e depois que a gente tem num quer aprender mais não é?* (Dália, 26 anos).

Assim, o grupo de mulheres manifestou capacidade crítica para avaliar a adequabilidade e resolubilidade

dos serviços, apontando fragilidades e potencialidades da ESF na produção de laços afetivos, na promoção do autocuidado e na recuperação da saúde.

## Considerações finais

Este trabalho permitiu identificar diferentes significados para o processo de saúde/doença e para os serviços de saúde oferecidos por uma USF de Maceió, em dois grupos distintos de usuários, que convivem no mesmo território. Foi observado em ambos os grupos que, dentro de cada grupo, a forma como o usuário significa a saúde e a doença pode estar relacionada com o significado do serviço de saúde produzido pelos mesmos. Questiona-se, ainda: até que ponto o serviço de saúde determina a forma como o usuário significa sua forma de pensar saúde e doença e suas necessidades de saúde? Apesar de existirem várias iniciativas macropolíticas no SUS, para um modelo pautado na promoção da saúde, através das falas dos usuários percebe-se que o modelo biomédico ainda se constitui hegemônico na forma da organização micropolítica do serviço, o que revela a necessidade de maiores estudos que permitam entender e intervir nesse espaço no sentido da reversão desse modelo. Aponta-se a necessidade do fortalecimento dos espaços dialógicos já existentes e o fomento para a criação de novos, onde usuários e trabalhadores da ESF possam expressar suas percepções, sentimentos e desejos relativos às práticas de saúde, considerando-se a vivência subjetiva de seu processo de saúde/doença nas ações de saúde, revelando a autonomia do usuário para o autocuidado na promoção da saúde. Entende-se que a valorização das subjetividades dos usuários pelos profissionais de saúde, com ações de educação em saúde e articulação de apoio intersetorial para a população, contribui na reversão do modelo de atenção nessa realidade, ao potencializar a produção de práticas de saúde comprometidas com a promoção da saúde, integralidade e participação.

## Referências

1. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2071-85.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-305.
3. Costa BVL, Mendonça RD, Santos LC, Peixoto SV, Alves M, Lopes ACS. *Academia da Cidade: um serviço de*

- promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(1):95-102.
4. Bydlowski CR, Lefevre AMC, Pereira IMTB. Promoção da saúde e a formação cidadã: a percepção do professor sobre cidadania. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(3):1771-80.
  5. 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.
  6. Gomes KO, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):881-892.
  7. Barbieri A, Fonseca LM, Ceron MI, Fedosse E. Análise da atenção pré-natal na percepção de puérperas. *Distúrbios Comun*. 2012;24(1):29-39.
  8. Camargo AM, Silva APBV, Wolff LDG, Soares VMN, Gonçalves CGO. Abordagens grupais em saúde coletiva: a visão de usuários e de profissionais de enfermagem. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2012;10(31):1-9.
  9. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Indicadores e Dados Básicos. 2011. [acesso 13 out 2013]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm>
  10. Chiesa AM, Ciampone MHT. Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. In: Criança CM, Antunes MJM, organizadoras. *Classificação Internacional das Práticas em Saúde Coletiva*: CIPESC/Brasília: ABEn; 1999. p. 306-24.
  11. Orlandi EP. *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. 8ª ed. Campinas: Pontes; 2009. 100 p.
  12. Ministério da Saúde (BR). *Política nacional de promoção da saúde*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 60 p.
  13. Alves LS, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5/6):333-41.
  14. Viccini G. *Abraço afetuoso em corpo sofrido: saúde integral para idosos*. São Paulo: Editora Senac São Paulo; 2006. 192 p.
  15. Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 176 p.
  16. Berlinguer G. *A doença*. São Paulo: Editora Hucitec; 1988. 150 p.
  17. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl. 3):3615-24.
  18. Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(2):355-65.
  19. Oliveira LA, Landroni MAS, Silva EK, Ayres JCM. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):689-98.
  20. Ministério da Saúde (BR). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 72 p.
  21. Bub MBC, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss PE, Santos EKA. A Noção de Cuidado de Si Mesmo e o Conceito de Autocuidado na Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(Esp):152-7.
  22. Oliveira DLLC. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? *Rev Bras Enferm*. 2011;64(1):185-8.
  23. Santana AM. Mulher mantenedora/homem chefe de família: Uma questão de gênero e poder. *Rev Forum Identidades*. [Internet]; 2010 [acesso 12 out 2013];4(8). Disponível em: <http://seer.ufs.br/index.php/forumidentidades/article/view/1781>
  24. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):687-707.
  25. Bagrichevsky M, Castiel LD, Vasconcellos-Silva PR, Estevão A. Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(suppl 1):1699-708.

Recebido: 09.02.2014

Aceito: 04.09.2014