**INTRODUÇÃO**

  O presente estudo toma como objeto de análise os significados atribuídos por usuários da Estratégia de Saúde da família sobre o seu processo saúde-doença e os serviços de saúde por eles utilizados. Esta pesquisa de iniciação científica vem trazer a visão do usuário na discussão sobre modelos de atenção à saúde, inserindo-se como parte da pesquisa de doutorado da pesquisadora Débora de Souza Santos, “A construção dos modelos de atenção à saúde a partir do cotidiano de equipes de saúde da família em Maceió-AL”, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de Alagoas (FAPEAL) através do Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde – PPSUS 2009/2012.

Dentro da discussão sobre os modelos de atenção, entende-se que a necessidade em saúde ou problema de saúde trazido pelo o usuário ou comunidade dá origem às ações e serviços de saúde, configurando um modelo de atenção em saúde. Porém, as necessidades em saúde apresentadas pelos usuários são conformadas a partir da interpretação que os usuários dão à saúde e a doença, interpretação esta que é influenciada por inúmeros determinantes e condicionantes biológicos, sociais, psicológicos e econômicos1. Ou seja, quando buscamos neste estudo apreender os significados atribuídos pelos usuários ao seu processo saúde-doença e ao serviço da ESF, nós o fazemos na busca desta interpretação dada pelo o usuário e o contexto formador desta interpretação, analisando como esses diferentes (ou até contraditórios) significados constroem ou desconstroem as ações e serviços da ESF.

A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) corresponde ao nível articulador dos demais níveis de atenção dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), e os seus serviços estão voltados prioritariamente à promoção da saúde e prevenção das doenças, em contraponto ao paradigma do modelo biomédico, voltado para a cura da doença já instalada, fragmentação do sujeito e a saúde vista como mercadoria, dentro de grandes centros hospitalares2.

Neste contexto, aparece a Estratégia de Saúde da Família (ESF), em que existe um maior contato dos profissionais de saúde com a comunidade, estimulando a participação desta, na busca de soluções para os problemas de forma integral, contínua e racionalizada, de acordo os princípios do SUS. O modelo de saúde da familia preconizado por esta estratégia em outros países é responsável por até 85% da resolução dos problemas em saúde3.

No Brasil, a ESF vem sendo implementada desde 1994, tratando-se de uma estratégia ainda recente de reorganização da AB, mas que vem apresentando avanços tais como o aumento da cobertura da população pela ESF, alcançando em 2006, 44,4% dos brasileiros com o desenvolvimento de programas voltados para grupos prioritários na comunidade, tais como atenção à saúde da mulher, à saúde mental e às doenças crônicas 2,4. Entretanto, dentro da ESF a promoção e prevenção da saúde devem ir além dos grupos prioritários, em que a doença ou condição referida já se instalou, ou seja, deve-se agir nos determinantes do processo saúde-doença5.

Santos6 enfatiza  a historicidade no desenvolvimento dos conceitos sobre saúde e doença que por sua vez produzem diferentes modelos de atenção à saúde que melhor atendam as necessidades de cada época. Para entender a concepção atual de saúde e doença como fruto dos determinantes sociais e o tipo de modelo que ela pressupõe construir, Albuquerque e Oliveira7 e Barros8 classificam segundo a história o desenvolvimento dos conceitos sobre saúde e doença em quatro período distintos: período pré-cartesiano, modelo biomédico, primeira revolução da saúde e mais recentemente a segunda revolução da saúde.

O fato de classificá-los quanto ao período histórico tem mais haver com o período de surgimento e a predominância de um modelo sobre outro, não significando que apenas um desses modelos existiram em cada época, pois no nosso cotidiano ainda podemos encontrar manifestações de cada modelo coexistindo9.

O período pré-cartesiano surge na Grécia Antiga, berço do pensamento filosófico, há 400 anos A.C., onde o homem procurava o desprendimento das entidades religiosas e procurava entender o mundo aos olhos da racionalidade humana. O reflexo para a compreensão da saúde e da doença é que estes deixaram de ser vistos como processos mágico-religiosos (tendo como expoentes as civilizações mesopotâmica e egípcia), para uma observação e raciocínio dedutivos. Concebia-se que o ser humano era constantemente influenciado pelo ar, água, alimentação e ambiente onde vive, sendo que a interferência desses fatores naturais afetava o equilíbrio entre os humores corporais (sangue, bile negra e amarela e fleuma) causando a doença. As ações relacionadas ao restabelecimento da saúde tinham o foco no domínio do ambiente. Já a saúde representava o equilíbrio entre esses humores como reflexo de uma vida em consonância com a natureza.

Por volta do século XVII, o paradigma cartesiano e mecanicista, concebido pelos filósofos Galileu, Descartes, Newton e Bacon, constrói a base para o surgimento do modelo biomédico. Sendo assim, se no paradigma cartesiano o funcionamento do universo era concebido como uma máquina, cujo entendimento resultava da separação das suas partes para o estudo detalhado de cada uma delas, analogicamente para o modelo biomédico, o ser humano tratava-se de uma máquina que também precisava ser dividida em partes (órgãos) para poder ser entendida. Dessa forma a saúde constituía-se do harmonioso funcionamento dos órgãos e a doença um problema temporário ou constante do mau funcionamento de um determinado órgão em relação aos outros 7,8.

Com a teoria do germe, o modelo biomédico forneceu uma causa para doenças especificas e as bases conceituais para o controle de epidemias, reorientando a prática em saúde dentro de três critérios: a redução dos sistemas corporais a pequenas partes que poderiam ser consideradas separadamente, a substituição do individuo com suas características pessoais, pela sua generalização dentro das características universais da doença e o materialismo, que desconsidera os fatores morais, sociais e comportamentais como possíveis influencias às patologias7,8.

Contudo, a chegada da revolução industrial no final do século XVIII, provocou desequilíbrio ecológico e o deslocamento das pessoas para a periferia das cidades, em busca de empregos, fazendo com que surgissem os aglomerados populacionais em ambientes insalubres, estourando epidemias. O modelo biomédico apesar de continuar com a crença na eliminação dos patógenos para restabelecimento do equilíbrio em saúde, percebeu que só era possível prevenir as doenças desde que se eliminassem as condições no ambiente físico e social que favorecesse a proliferação de microorganismos bem como se evitasse o contato do ser humano com estes. Isto vem caracterizar o que se chama de Primeira Revolução da Saúde.

A partir desta idéia, foram construídas as redes de esgoto e abastecimento de água como medidas de controle; o cloro passou a ser adicionado à água de consumo, como medida de eliminação e logo depois vieram as vacinas que desenvolvem a resposta imunológica no individuo contra o patógeno e os antibióticos que entrariam como tratamento da doença, caso a pessoa viesse contraí-la.

Tais medidas proporcionaram o aumento na expectativa de vida e mostraram-se de certa forma eficazes até meados da década de 70. Nesse período em diante, o envelhecimento gradual da população mundial, a diversificação da família, as migrações e o encarecimento das tecnologias de assistência junto às mobilizações sociais começaram a nortear uma nova mudança do paradigma em saúde, pois dentro do modelo biomédico já não existia a explicação necessária para a alta ocorrência de doenças crônicas muito mais relacionadas aos comportamentos e ao ambiente onde as pessoas vivem. Além disso, não existe espaço para a autonomia das pessoas e os significados que os indivíduos dão à própria saúde dentro deste modelo.

Os profissionais de saúde passam a sentir a necessidade de superação do paradigma de prevenção da doença e instauram a segunda revolução da saúde, cujos princípios consolidam-se na carta de Ottawa, em 1986.  A partir disso o processo saúde-doença passa a ser entendido como “o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e doença de uma população, que se modifica nos diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade”11. Esta concepção parte do pressuposto de que a saúde não é apenas a ausência da doença, mas fruto dos determinantes sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que contribuem para o aparecimento das doenças e fatores de risco na população, bem como justificam seus índices de qualidade de vida5.

Este conceito vem reorientar o modelo de saúde com vistas às ações de promoção da saúde, que corresponde ao “processo de capacitação da comunidade para melhor atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde” 10. Segundo Albuquerque e Oliveira7, a palavra "capacitar" deriva do verbo "to enable " que significa "fornecer os meios e as oportunidades, tornar possível, prático, simples, e dar poder legal, capacidade ou autorização para".

Com uma visão mais ampliada, promover saúde requer articulação entre os diversos setores sociais além da saúde, que garantam condições dos usuários empoderarem-se\* para o controle social na gerência de conhecimentos, técnicas, poder, recursos físicos, financeiros e humanos voltando-os para a ação nos determinantes da saúde específicos destes  mesmos usuários7.

Vale destacar que a recolocação deste tema em pauta nas agendas dos países em todo o mundo deve-se à criação pela OMS da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, em 2005, o que proporcionou no Brasil, a criação da Comissão Nacional sobre os determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), retomando o discurso da carta de Alma- Ata, do final dos anos 705

Buss e Filho Pellegrini5 apontam para as diversas abordagens sobre como os determinantes influenciam a saúde. Dentre elas, destaca-se primeiro, o enfoque privilegiando os “aspectos físico-materiais,” que responsabiliza principalmente a desigualdade de renda e a escassez de recursos pela morbidade das pessoas, pois impede que a grande maioria dos indivíduos invista em moradia, educação, transporte, saneamento e serviços de saúde que proporcionem qualidade de vida e que decorrem de processos econômicos e políticos. Em segundo entra o enfoque sobre os “fatores psicossociais” que dizem respeito à forma que os atores de um processo saúde-doença percebem as desigualdades sociais, quais os mecanismos psicobiológicos envolvidos e a situação de saúde manifestada por eles, ou seja, enfatiza que as percepções e experiências de pessoas de sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde5.

Ambos os enfoques são importantíssimos de serem analisados, pois ao se relacionarem irão condicionar as necessidades em saúde.  Por isso seria ingenuidade pensar na solução imediata dos problemas de saúde uma vez mudada as “condições físico-materiais”, sem que a população esteja envolvida ativamente nesse processo, ou seja, sem a consideração dos “fatores psicossociais” ou vice-versa.

Muito a ciência epidemiológica tem contribuído para o entendimento de como os determinantes sociais produzem a doença em populações e ela tem sido a principal ferramenta na elaboração e avaliação das políticas e programas de saúde. No entanto, observa-se que tais políticas não conseguem atingir as mudanças desejáveis e nem sempre atendem as perspectivas e necessidades da população12, isso porque as estatísticas não contemplam a complexidade dos processos concretos relativos à, “vida, saúde, aflição, sofrimento, dor, doença, cuidado, cura e morte que ocorrem em agregados humanos históricos” (Almeida Filho13, 2000).

Nesse sentido, eis a importância de entender os significados atribuídos pelos usuários ao seu processo saúde-doença e aos serviços de saúde e os determinantes que os condicionam, bem como estes significados participam da construção/desconstrução dos serviços de saúde para um atendimento das necessidades em saúde com vistas a qualidade de vida. Dentro dos seus aspectos conceituais qualidade de vida apresenta dificuldades para ser definida devido aos seus aspectos subjetivos, No entanto, Minayo, Hartz e Buss14 diz que qualidade de vida diz respeito as condições de vida, às ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana e também como resultante da democracia do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. Outros autores a definem como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Seidl e Zannon 15, 2004).

Dessa forma, infere-se a partir deste conceito, que as necessidades em saúde possuem estreita ligação com os diferenciados contextos sócio-culturais, econômicos e as formas como as pessoas vivenciam subjetivamente cada um dele16, ou seja, as diferentes formas de reprodução social das classes dentro do modo de produção, constituem diferenças e desigualdades entre as necessidades em saúde17.

Este fator pode ser evidenciado em estudo onde se constatou que as desigualdades econômicas, sociais e culturais entre as diferentes regiões do país implicaram em diferentes graus de satisfação do usuário do SUS, de modo que ser jovem, de baixa escolaridade, da região nordeste e  usuário exclusivo do Sistema Único de Saúde são fatores relacionados ao maior grau de insatisfação com os serviços19.

Dentro da avaliação das condições de vida das famílias brasileiras, a região nordeste apresenta os piores Índices de Desenvolvimento Humano- IDH- o que significa precárias condições de vida decorrentes do acesso limitado à saúde, educação e renda. Em estudo elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), cerca de 45% da população da região nordeste é constituída por pobres, sendo que 62,3% da população de Alagoas é constituída por pobres18.

Diante disto, situamos que a importância deste trabalho está na reflexão acerca dos significados atribuídos por usuários da Estratégia de Saúde da família sobre o seu processo saúde-doença e os serviços de saúde por eles utilizados, no sentido de contribuir para para a reversão do modelo de atenção com vistas ao fortalecimento dos princípios do SUS, valorizando a integralidade e a participação popular como diretrizes re-estruturantes do modelo de atenção nesta realidade em particular. Neste sentido:

* Quais os significados atribuídos por usuários da Estratégia de Saúde da Família ao seu processo saúde-doença e aos serviços de saúde recebidos?

**OBJETIVO**

* Analisar os significados atribuídos por usuários da ESF ao seu processo saúde-doença e aos serviços de saúde.

**PERCURSO METODOLÓGICO**

1. **Tipo de estudo**

Uma vez que o objetivo desta pesquisa é descrever a concepção e percepção dos usuários acerca de seu processo saúde-doença e os serviços da AB por eles utilizados, este é um trabalho do tipo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa: descritivo exploratório, pois tem como objetivo apenas uma apreensão das características do objeto de estudo que são os significados atribuídos por usuários, não cabendo aqui o aprofundamento sobre a natureza da sua existência21; qualitativo porque os significados estão relacionadas a processos cognitivos que não são passiveis de compreensão através das estatísticas, ou estas oferecem uma compreensão muito limitada sobre esses processos21 sendo o que interessa na  pesquisa qualitativa é apanhar "os significados que as pessoas atribuem às suas experiências no mundo social e como as pessoas compreendem esse mundo" (Minayo22, 1994).

1. **Cenário**

Comunidade adscrita à Unidade de Saúde da Família Robson Cavalcante da cidade de Maceió, Alagoas. A escolha deste local ocorreu devido ao envolvimento da pesquisadora com esta unidade em um ano de trabalhos de extensão e pesquisa no Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET- Saúde, que visa a reorientação do modelo de saúde através do desenvolvimento de ações educativas em saúde junto à população, reorientação da formação dos profissionais da saúde com a inserção dos estudantes na realidade do serviço de saúde da família e capacitação dos profissionais deste serviço.

Segundo relatórios mensais produzidos pela equipe de saúde e de trabalhos realizados por nós, monitores do PET-Saúde, trata-se de uma comunidade periférica, marcada por saneamento básico precário, expondo a população ao risco de infecção por doenças contagiosas, o que pode ser evidenciado na presença do lixo espalhado pelas ruas não asfaltadas da comunidade, não tratamento da água de consumo, nem na fonte, nem no domicilio e animais soltos nas ruas. Além disso a comunidade sofre o risco de acidentes por desabamento de encostas e convive no contexto da violência e da pobreza.

1. **Sujeitos do estudo**

Usuários cadastrados na Unidade de Saúde da Família Robson Cavalcante, maiores de 18 anos. Na pesquisa qualitativa o número é o menos interessante, uma vez que os dados produzidos através das narrações apreendidas pela amostra da população procuram elucidar muito mais as características do fenômeno do que a sua quantidade.

Segundo relatórios mensais produzidos pela equipe de Saúde da Família da comunidade e de trabalhos realizados por nós, monitores do PET-Saúde, os moradores adscritos a unidade são pessoas predominantemente analfabetas e desempregadas o que caracteriza o contexto de exclusão social e descaso das autoridades competentes. Com relação os principais aspectos do seu processo saúde-doença têm-se na comunidade um número elevado de pessoas com hipertensão, diabetes e deficiências.

1. **Produção das informações**

I. Foi comunicado à coordenação do Curso de Enfermagem da universidade a realização deste estudo por meio da folha de rosto e do respectivo projeto de pesquisa;

II. O projeto foi enviado para a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL e, desde aprovado, deu-se início aos estudos.

III. A direção da unidade foi contatada com o intuito de explicar as razões para realização da pesquisa e objetivos da mesma, tentando estabelecer uma relação de cordialidade ajudando na condução da pesquisa;

IV. Foram confeccionados convites, como segue o modelo abaixo, para os usuários e as pesquisadoras foram pessoalmente distribuí-los com a ajuda dos agentes comunitários de saúde.

|  |
| --- |
| *C:\Documents and Settings\elayne\Configurações locais\Temporary Internet Files\Content.IE5\GLMBSP6V\dglxasset[1].aspx*  ***Você que é Gestante do conjunto Bela Vista e Freitas Neto...***  *Parabéns! Você está convidada para participar da reunião de pesquisa “Processo saúde-doença e ESF: O olhar do usuário” que será realizada no posto de saúde Robson Cavalcante. Ao final da reunião faremos uma confraternização com um delicioso lanche coletivo! Não perca, contamos com a sua ilustre presença!*  ***Data****: 02/06/12 (quinta-feira)*  ***Hora****: 15:00*  ***Contatos****:*   * *9669-0957- Elainey de A. Tenório – Enfermeiranda UFAL* * *9106-0301 - Débora de Souza Santos – Enfermeira*   *Organização: Unidade de Saúde da Família Dr. Robson Cavalcante* |

|  |
| --- |
| ***casa desenho.jpgVocê que é Morador(a) do conjunto Bela Vista e Freitas Neto***  *Parabéns! Você está convidado para participar da reunião de pesquisa “Processo saúde-doença e ESF: O olhar do usuário” que será realizada no posto de saúde Robson Cavalcante. Ao final da reunião faremos uma confraternização com um delicioso lanche coletivo! Não perca, contamos com a sua ilustre presença!*  ***Data****: 13/07/12*  ***Hora****: 14:00*  ***Contatos****:*   * *9669-0957- Elainey de A. Tenório – Enfermeiranda UFAL* * *9106-0301 - Débora de Souza Santos – Enfermeira*   *Organização: Unidade de Saúde da Família Dr. Robson Cavalcante* |

V. Cinco grupos chegaram a ser marcados, três na igreja da comunidade e um na unidade de saúde, sendo que apenas dois foram realizados, um na igreja e outro na unidade de saúde da família. Os outros três não aconteceram por falta de participantes suficientes para aplicação da metodologia. Acreditamos que este fato entre os dois primeiros grupos deveu-se à distância dos usuários para deslocarem até a mesma. Já a não realização do grupo na unidade deveu-se a pouca divulgação do mesmo. Outros impedimentos a realização dos grupos foi a reserva do espaço na unidade, pois a sala de reunião é constantemente usada pelos profissionais e por estudantes que participam de projetos vinculados a unidade.

VI. Feitos os demais esclarecimentos e com a devida permissão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE teve-se início a coleta de dados em grupos focais.

VII. Foi utilizado roteiro de entrevista semi-esruturada contendo as seguintes perguntas disparadoras:

1. O que é viver a saúde?
2. O que vocês acham do serviço de saúde da ESF?

VIII. Segue abaixo uma tabela que resume a constituição dos grupos realizados:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Características gerais do grupo** | **Número de sujeitos** | **Tempo de realização** | **Equipe coordenação** |
| **GRUPO 1** | Grupo de hipertensos e diabéticos, maioria de publico feminino e idoso | 5 | 41min18s | Coordenador e Observador |
| **GRUPO 2** | Grupo de gestantes, predominantemente feminino e jovem | 7 | 20min54s | Coordenador |

Quadro 1- Constituição dos grupos focais

O grupo focal trata-se de uma técnica de pesquisa qualitativa cujo objetivo é a obtenção de sentimentos e opiniões de pequenos grupos acerca de determinado problema, fenômeno ou experiência dentro de um determinado contexto, sendo que os dados obtidos não são generalizáveis24, 25.

Tem-se registro do uso da técnica em 1950, por Robert Merton para avaliação da audiência de um programa de rádio. Em seguida Merton levou a técnica para o exército com o objetivo de avaliar o treinamento dado. Este trabalho gerou a publicação de um livro descrevendo a técnica - *Focus group*- que a partir de então tem sido estudada e modificada por outros teóricos 25.

Muitos autores apontam como uma vantagem desta técnica o alcance do maior número de pessoas em um menor número de tempo e oportunidade de aprofundar a discussão em virtude das diversas opiniões dentro do grupo, pois a partir do momento em que cada integrante retrata o tema a partir da sua vivência ou *verticalidade* , remete-se ao mesmo tempo à sua história pregressa e a atualidade, tecendo-as com as dos demais integrantes do grupo, constituindo a *horizontalidade* onde se insere 26.

No entanto, o grupo focal aplica-se quando a interação entre os participantes pode produzir novas idéias; a participação em grupo facilita a reflexão dos integrantes, ao mesmo tempo que incita opiniões divergentes; o tema não é tão delicado a ponto de dificultar as respostas e pode ser discutido por todos os participantes 24. Para esta pesquisa especificamente, o grupo focal justifica-se pelo interesse em descobrir-se os significados atribuídos por usuários em coletividade ao seu processo saúde-doença e os serviços de saúde recebidos, pois entende-se que os serviços de saúde devem estar voltados para os interesses coletivos.

Dentre as diversas abordagens para o grupo focal, aqui utiliza-se a preconizada por Enrique Pichon-Riviére, da primeira Escola de Psicologia Social, em que o grupo focal deve funcionar como grupo operativo, ou seja, um conjunto de pessoas em equipe trabalhando em torno de um objetivo em comum24,25. Essa abordagem caracteriza-se pela postura do moderador em seguir o movimento do grupo, acreditando na sua potencialidade para realizar a tarefa 25. Esta tarefa a ser realizada possui duas facetas: a tarefa explícita, que está relacionada ao motivo da convocação do grupo e a tarefa implícita, que está relacionada aos obstáculos e contradições que interferem no andamento da tarefa e os integrantes teriam que encontrar meios de superá-los 24.

O grupo focal enquanto grupo operativo considera o sujeito enquanto produto emergente de sua *práxis,*o que vem configurar uma concepção dialética na forma de compreender e abordar o grupo focal26, o que se aproxima com os pressupostos teóricos dessa pesquisa, justificando mais ainda a escolha desta técnica de coleta de dados.

A realização de um grupo focal exige que alguns requisitos básicos sejam adotados a fim de que a coleta dos dados não venha a ser prejudicada:

* + 1. Primeiramente recomenda-se de acordo com a literatura que o grupo venha a ter de 5 a 12 participantes no máximo. A constituição homogênea ou heterogênea do grupo vai depender dos objetivos pretendidos com o trabalho. Não são necessários muitos grupos, uma vez que o que mais importa é a qualidade da informação e não a quantidade.
    2. A condução do grupo focal não deve ultrapassar preferencialmente 40 minutos de duração, pois tem-se o risco de tornar-se cansativo e a discussão empobrecida.
    3. O ambiente onde será realizado o grupo deve proporcionar conforto e ser agradável e com pouco ruído externo para não danificar a gravação dos depoimentos e aumentar a concentração dentro do grupo.
    4. O grupo focal possui uma equipe de coordenação constituida por coordenador e observador.
    5. É necessário um conhecimento prévio das relações de poder existentes na realidade onde os participantes estão inseridos para que o coordenador contorne eventuais problemas de comunicação que possam vir desta relação de poder e não venha a desviar do tema central, fazendo com que todos participe 24,25.

As atividades a serem desenvolvidas pelo coordenador e pelo observador são sempre complementares e nunca superpostas ou contrapostas. Kind24 coloca que elementos como características pessoais, estilos de moderação, experiência e antecedentes, são especiais na condução do grupo pelo coordenador. Com relação as características pessoais , interessa a capacidade que o coordenador tem em acolher as opiniões contrárias de maneira respeitosa, sua capacidade de distanciamento do tema e a consciência de suas atitutes perante o grupo. Quanto ao estilo de moderação, este pode ser ativo, provocativo, amigável, sendo que o moderador pode mudar o estilo a depender do tipo do grupo. A experiência e antecedentes tem haver com o embasamento teórico sobre o tema a ser estudado e os elementos de condução do grupo. Ressalta-se que não cabe ao coordenador exercer o papel de juíz, professor, ser condescendente, indutivo ou parcial.

O coordenador tem como atribuições garantir a expressão de todos participantes; fazer resumos do conteúdo abordado auxiliando o grupo na elaboração dos juízos, colocando novos questionamentos e aprofundando o problema; atenção na comunicação não-verbal; expor com clareza a finalidade da discussão e o que se espera dos participantes e abordar os conflitos do grupo evitando o estresse24.

O papel do coordenador, assim como o observador, vale-se da observação principalmente relacionada à transferência, interpretação e contratransferência. Primeiramente a transferência acontece quando um elemento do grupo deposita determinado conteúdo ao coordenador. Nesse momento o coordenador vale-se da interpretação, que significa atribuir um sentido implícito nas palavras do interlocutor, que está atrelado a algum desejo do incosnciente . Se coordenador neste momento não conseguir interpretar devidamente o que foi depositado, ele tenderá a agir de acordo com a contratrasferência, ou seja, tenderá a agir de acordo com os afetos inconscientes produzidos em reação ao que foi depositado, o que pode vir a prejudicar o andamento do grupo 24.

Já o observador possui papel fundamental na interpretação de tudo que acontece no grupo, pois está o tempo todo a analisar a rede de interações desenvolvida ao longo do processo grupal, validando a investigação. O observador também faz apontamentos acerca das reações e dificuldades do coordenador em relação ao grupo. O observador assume postura menos ativa no grupo, sendo sua principal função o registro das comunicações verbais e não-verbais, na ordem de respostas, linguagem, preocupações entre outros que sejam consideradas importantes, bem como após a discussão expor suas impressões na redefinição da condução do grupo e evitar conclusões precipitadas do coordenador. Assim como este, é necessário que o observador tenha embasamento teórico acerca do tema estudado 25.

Aconselha-se que a observação seja feita de maneira sistematizada, dividindo o processo grupal em três etapas: abertura, desenvolvimento e fechamento. A abertura é o momento onde surge a temática básica direcionando a dinâmica, devendo o observador registrar fielmente o que é dito em relação a forma e conteúdo expresso pelos participantes. Durante o desenvolvimento, o grupo começa a colocar-se em postura de tarefa e então surgem as primeiras reações frente ao assunto abordado. No encerramento, os participantes fazem uma síntese de tudo que aconteceu no grupo 24.

Em todo momento do acontecer grupal, a equipe de coordenação deve procurar a identificação dos vetores que evidenciarão a dinâmica grupal. Na observação dinâmica estes vetores estão expostos no esquema do cone invertido, onde o ápice representa os elementos implícitos, não manifestos, que caminharão em espiral até a parte superior da figura, o ápice a fim de se tornarem explícitos, vindo a constituir processos de mudança. Os vetores são:

* + 1. Afiliação: Expressa o quanto cada participante demonstra ter se tornando membro do grupo.
    2. Pertença: Mais intenso que afiliação, representa o sentimento de pertencer ao grupo, onde tem-se a identificação do participante com o grupo.
    3. Cooperação: Capacidade dos membros do grupo de ajudarem-se no objetivo de cumprir a tarefa.
    4. Pertinência: O quanto cada participante se coloca disposto à realização da tarefa determinada, que pode ser medido pelo tamanho da resistência em fazer a tarefa, criatividade e produtividade do grupo.
    5. Comunicação: Conteúdo da mensagem, a forma como esta é transmitida. Quanto menor a comunicação entre os integrantes, maior o grau de dificuldade do grupo.
    6. Aprendizagem: Capacidade de apoderar-se de um conhecimento para utilizá-lo, capacidade de adaptação de maneira ativa à realidade, possibilitando que o sujeito modifique a si mesmo e a realidade.
    7. Telê: Transferências positivas ou negativas entre os membros, está ligado a formação dos vínculos de horizontalidade e verticalidade 23.

Uma vez providenciados a capacitação da equipe de coordenação e as condições básicas para realização do grupo, chega o momento de conduzir o grupo. Inicialmente, é necessário que

se forme uma espécie de enquadre, um contrato construido entre os participantes sobre as regras que regem o grupo, tais como vez de falar, horário e duração do encontro, objetivos, entre outros elementos necessários à condução do grupo. Em seguida, deve expor ao grupo a tarefa a ser desempenhada, tendo por base uma organização prévia do conteúdo, de forma a facilitar ao grupo os dados que serão objetos de discussão 24.

O grupo passará, então, para a parte vivencial, onde serão expostas questões norteadoras formuladas pela equipe de coordenação, que provocarão a expressão dos conflitos e problemas relacionados e os recursos utilizados por cada integrante segundo suas experiências pregressas. Esses conteúdos uma vez expostos, devem ser trabalhados pelo próprio grupo, visando a integração dos diferentes aspectos, caminhando rumo aos aspectos objetivos do grupo 24.

A partir disto tem-se que a coordenação de grupos focais nesta pesquisa ,apesar de importante técnica na compreensão dos objetos a serem estudados, necessita de adequada capacitação da equipe de coordenação na condução do grupo e identificação de seus elementos, para que o mesmo venha a constituir-se um processo revelador dos significados coletivos acerca do processo saúde-doença e os serviços de saúde recebidos por esta população.

1. **Análise e interpretação dos dados**

Buscando o significado dado por usuários ao seu processo saúde-doença e os serviços de saúde recebidos, ou seja, a forma como estes usuários significam saúde, a doença e os serviços de saúde, optamos, para o trabalho dos dados, a Análise do Discurso.

Antes de entender a análise de discurso propriamente dita, é necessário uma breve explanação sobre o que vem a ser o discurso e suas principais características. Vale ressaltar que esta iniciativa das autoras não é esgotar a literatura produzida acerca do assunto, mas simdefinir alguns dos principais conceitos para fins de melhor operacionalização da análise dos dados, adicionando coerência e qualidade aos resultados.

Estima-se que existam no mínimo cerca de 57 formas de se trabalhar a análise de discurso28, no entanto, para fins desse trabalho utilizaremos a abordagem francesa da Análise de Discurso, fundada por Michel Pêcheux, e que tem o discurso como “atividade produtora de sentidos que se dá na interação entre falantes”\*\* , sendo que o sentido é construído social e historicamente, materializando-se na linguagem.

Sendo assim a linguagem que permeia este discurso, assim como o sujeito que a proferiu, também é construída histórica e socialmente e carregará figuras e temas próprios que materializarão sua forma de ver o mundo29. Para captação dessas figuras e temas e conseqüentemente do discurso nelas imbuído precisa-se estar atento às condições de produção de um discurso, uma vez que este não se revela abertamente, mas encontra-se nas entrelinhas. Em primeiro lugar, deve-se relacioná-lo ao tempo e espaço em que é produzido, pois uma mesma frase em contextos diferentes pode ter significados diferentes, formando discursos diferentes\*\*.

Os interlocutores também merecem a devida atenção, pois quem fala e de onde fala também constitui o discurso. As relações de força entre eles são reproduzidas dentro do discurso e a partir disso temos os referenciais de tempo e espaço. A pessoa que fala conduz o seu discurso a depender da pessoa com quem fala, antecipando a visão que o outro faz do assunto abordado e da pessoa a quem lhe fala, assumindo uma postura de convencimento do outro. Ou seja, um discurso está sempre direcionado a uma pessoa. Essa é a característica do dialogismo do discurso. Esse dialogismo permite que visualizemos que um discurso está sempre relacionado a um discurso anterior e abre caminhos para a produção de futuros discursos\*\*,29.

Ora, se um discurso está relacionado a outros, ele pode estar relacionados a discursos concordantes e discursos discordantes acerca de um determinado objeto. Tem-se,então, que o discurso possui um caráter polifônico envolvendo dois processos: paráfrase e polissemia. Na paráfrase existe a repetição de um mesmo dizer de formas diferentes, representando a reprodução do discurso. Já na polissemia tem-se a ruptura, a criatividade e a discordância em relação a outro discurso30. Entender esses processos torna-se importante porque o discurso ao se imprimir através da língua assume uma formação discursiva que está relacionada a uma ideologia.

As diversas ideologias presentes em um discurso, ou seja, as formas como a sociedade interpreta o mundo e os fenômenos que nele ocorrem, constituem uma memória, o interdiscurso, e incorporam-se a subjetividade do indivíduo através do esquecimento. Aparentemente um paradoxo, o indivíduo precisa esquecer-se de onde ouviu, aprendeu ou informou-se sobre determinado posicionamento para poder tê-lo como seu, ou seja, sua opinião, sua idéia, seu pensamento; Retomando: o sujeito identifica-se com um determinado posicionamento, coloca-o na memória e depois o esquece no inconsciente, incorporando-o a sua subjetividade29 e isso é essencial para formação do “EU” quem fala.

Ainda com relação as condições de produção, tão importante quanto o que é dito na produção do discurso, o que não é dito também muito significa. Muitas vezes as pessoas encontram formas de dizer determinadas coisas não falando diretamente delas, ou melhor, aquilo que é dito vai ser interpretado levando a outros pressupostos, outros fatosque não foram mencionados, mas encontram-se subtendidos. Ou, até mesmo o próprio silêncio (o que não é dito) é uma forma de dizer algo29.

Pelo que foi exposto acerca do discurso, tem-se então que a análise de discurso não constitui necessariamente uma técnica, mas uma linha de pensamento construída a partir da união de três teorias: do materialismo histórico emerge a noção de ideologia, da lingüística onde surgiu a idéia de discurso e da psicanálise de onde vem a noção de inconsciente30.

A análise de discurso visa a obtenção dos significados dos textos relacionando-os à conjuntura religiosa, filosófica, sócio-política, jurídica e econômica que os permeiam, evitando erros de interpretação, tais como: a aplicação de técnicas e métodos complexos que desvalorizam as significações e o distanciamento teórico do trabalho dos conceitos apreendidos em campo 27.

E justamente por isso, os resultados produzidos pela análise de discurso não visam assumir um posicionamento de verdade única, generalizável ou a panacéia dos problemas abordados em uma pesquisa, mas sim apresentar uma das versões incontestáveis do fato, uma forma das diferentes formas de se ver determinado fenômeno. A análise de discurso visa a apreensão de significados, e não predizê-los ou controlá-los31.

Sendo parcial o conhecimento produzido através da análise de discurso, ele apresentará traços característicos da maneira de pensar do mundo do pesquisador, bem como seus valores, colocando a sua subjetividade, indo de encontro com o conhecimento totalitário e objetivo das metodologias científicas positivistas tradicionais. E como cita Nogueira31, “este posicionamento não representa apenas a existência de menor ambição; pelo contrário, são considerações epistemológicas básicas, que estão aqui em causa”.

No entanto, tomando como referência os próprios elementos constitutivos do discurso é possível classificá-los quanto ao seu funcionamento basicamente em três tipologias29:

1. O discurso autoritário, onde a paráfrase é dominante, a polissemia está contida e o locutor é o agente exclusivo, quebrando sua relação com o interlocutor;
2. O discurso polêmico, onde paráfrase é predominante e polissemia existe de maneira controlada, ambas numa relação de disputa pelos sentidos.
3. O discurso lúdico, onde a polissemia é livre e os interlocutores não regulam as relações com os sentidos.

Destaca-se que esta classificação dos discursos está estritamente relacionada à forma que o discurso funciona e não serve para categorizá-lo externamente de maneira pejorativa, criando rótulos. Muito menos os nomes autoritário, lúdico ou polêmico referem-se ao locutor do discurso. Como diz Orlandi29, o lúdico não é relativo à brincadeira, mas sim ao jogo entre polissemia e paráfrase e o autoritário não se refere à moral, mas sim uma tendência maior a paráfrase. Evitando rotulações de forte caráter ideológico pode-se referir ao discurso autoritário como análise tende a paráfrase, o discurso polêmico, análise entre polissemia e paráfrase e ao discurso lúdico, análise tende a polissemia.

A técnica para operacionalizar a análise de discurso a ser descrita está fundamentada na teoria de Greimás ou teoria da Geração de Sentido do Texto, que determina que o significado de um discurso é apreendido seguindo um determinado percurso: primeiro reconhece-se os elementos mais concretos, as figuras. As figuras estão representadas no texto por palavras ou expressões correspondentes à coisas do mundo real: verbos que indicam ação, substantivos concretos ou adjetivos que expressem qualidades físicas. Porém, as figuras quando dissociadas do contexto, estão desprovidas de sentido. O significado advém do conjunto de figuras presente no texto, contituindo um tema. O tema, nesse sentido corresponde a palavras ou expressões de coisas existentes no mundo natural percebidas através dos sentidos, ou seja, são elementos abstratos, que existem, porém não são palpáveis concretamente 27.

O reconhecimento de temas e figuras exige do pesquisador exaustivas e quiçá repetidas leituras. Os temas e figuras podem ser sublinhados no texto ou relacionados em lista anexa. Em seguida, busca-se a relação das figuras com os seus respectivos temas, verificando-se as semelhanças e divergências encontradas nas falas dos participantes. A partir deste trabalho são construídas frases temáticas que sintetizem os pensamentos impressos naqueles temas e figuras, que serão relacionadas ao marco teórico de referência do trabalho, produzindo então os resultados da análise 27.

A medida que o material transcrito dos grupos focais eram lidos com escrutínio, os temas e figuras foram sendo dispostos em uma planilha no Excel: cada planilha correspondendo ao grupo realizado, contém em cada coluna os participantes do grupo e suas falas durante todo o grupo em repostas as perguntas realizadas. Na linha, logo abaixo das colunas com as falas, contém a interpretação das falas de cada usuário. Na ultima coluna contém a interpretação de todas as falas do grupo.

Tendo em vista que a saúde é um campo interdisciplinar e complexo, acreditamos que a abordagem da análise discurso para este trabalho permite a apreensão das concepções e percepções dos usuários sobre o processo saúde-doença e os serviços de saúde da ESF indo além das explicações biológicas, alcançando as condições de produção e reprodução social. Isso principalmente quando temos ciência da diversidade dessas condições de produção e reprodução dentro da sociedade, levando-nos a evidenciar os processos de rompimento, continuação e dubialidade dos sentidos produzidos pelos usuários33.

1. **Aspectos éticos**

O caráter sigiloso dos entrevistados será mantido de acordo com os princípios éticos da pesquisa com seres humanos descritos na Resolução 196/96. Sendo o presente trabalho submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem-se detalhada a finalidade da pesquisa, sua importância, período de duração, todo o percurso metodológico, bem como da possível publicação dos resultados em revistas científicas e congressos de enfermagem. Ainda esclarece aos participantes que  estes podem retirar-se do estudo quando acharem conveniente, sem nenhum prejuízo para a pesquisadora e para o desenvolvimento da atividade. Dessa forma, garante-se que todos os sujeitos submeteram-se à pesquisa por livre concordância. Serão utilizados ainda pseudônimos determinados pela autora do estudo, a fim de que a imagem do entrevistado seja preservada. Os riscos e benefícios desta pesquisa serão explicitados no TCLE.

**CRONOGRAMA DE ATIVIDADES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Atividade / Meses (2010/2011)** | **J** | **F** | **M** | **A** | **M** | **J** | **J** | **A** | **S** | **O** | **N** | **D** | **J** | **F** | **M** | **A** | **M** | **J** |
| Aprofundamento teórico e revisão de literatura | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Encerramento da confecção do projeto e comunicação à Coordenação do Curso de Enfermagem (UFAL) |  |  |  |  |  | **X** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL |  |  |  |  |  | **X** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Preparação teórica da pesquisadora para a aplicação da técnica de grupo focal |  |  |  |  |  |  |  | **X** | **X** | **X** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Primeiro contato com os profissionais da unidade de saúde da família |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **X** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realização dos grupos focais com os usuários da unidade de saúde da família |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **X** | **X** | **X** | **X** |  |  |  |  |  |
| Transcrição e análise dos dados |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** | **X** |  |  |
| Elaboração da conclusão da pesquisa |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **X** | **X** | **X** |
| Divulgação dos resultados |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **X** |

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O significado nada mais é que “a generalização e a fixação da prática social humana, sintetizado em instrumentos, objetos, técnicas, linguagem, relações sociais e outras formas de objetivações como arte e ciência” (Basso34, 1998). Como já explicado anteriormente, o grupo focal nessa pesquisa teve como objetivo a coleta dos significados a partir de uma práxis entre os integrantes do grupo 26 e a técnica de análise do discurso, por sua vez, objetivou a apreensão e o detalhamento desses significados construídos sócio-historicamente nas entrelinhas da linguagem por eles utilizada29. Por essas razões, os significados surgidos ao longo da análise dessa pesquisa não poderiam ser apresentados de outra forma, senão dentro dos próprios grupos onde surgiram, pois estes delimitam o contexto social dos usuários. A análise será apresentada por grupo e os significados surgidos serão discutidos ao longo do texto e aparecerão destacados em negrito.

**Saúde é uma benção do pai celestial e esse posto é uma benção.**

Observa-se nas falas dos usuários idosos, a saúde e a doença como fenômenos transitórios, naturais e que evoluem ao longo do tempo, sendo que quanto mais velhos, mais problemas existem em relação a doenças e a iminência de morte:

*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)

*Que que é o prazer da gente...que a família tem o prazer daquela pessoa que tem saúde... e assim vai controlando, né?...Ai... sempre termina bem... tudo, tudo vai e passa... tudo vai e passa... todo mundo um dia tem que morrer!* (Marte, 70 anos)

*eu estou dessa idade, mas eu não sou pessoa doentia... Não vivo com dor de cabeça, num tenho tontura, né? Agora tudo isso eu já tive, sabe? Já tive tudo isso aquele dia que a gente fica bem enjoada, assim, e vomita, né? Já tive... Mas hoje em dia, eu não tenho, sobre isso de pressão, né? Tem que morrer um dia, não vou ficar pra semente.* (Terra, 72 anos)

*E então tem dia que eu estou melhor, tem dia que eu não estou melhor, porque o remédio é controlado, mas eu preciso... tem dia de eu me levantar pegada com as paredes, cabeça zonza, o corpo ‘loidoso’, um enjôo, que eu não sei o que é* (Netuno, 75 anos).

Nessas falas, os usuários caracterizam a saúde como plenitude física que permite o indivíduo resistir às adversidades, permeada pela sensação de prazer próprio e da família, 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. No entanto os usuários não colocam saúde e doença do ponto de vista dualístico, opondo os fenômenos, mas significam **saúde e doença do ponto de vista evolutivo, natural, determinista e inevitável.**

É sabido que na condição de idosos, portadores de hipertensão e diabetes, muitas 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 morte35. 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 morrer36. 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” (Viccini36, 2006).

Trata-se de uma visão que vai de encontro à concepção de saúde como ausência de doença amplamente divulgada pelo paradigma biomédico, pois compreende que o indivíduo ao longo de sua vida está susceptível aos diversos riscos internos e do ambiente que coloca o organismo em desequilíbrio, exigindo esforço do mesmo 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. Conseqüentemente admite-se que a doença faz parte da saúde que nesse ponto de vista nada mais é que “poder ficar doente e recuperar-se” (Czeresnia37, p70).

Enxergar saúde e a doença nessa perspectiva abre espaço para que os idosos reconheçam suas fragilidades e não só evitem os riscos, mas corrija-os38, controlando a doença, vivendo de maneira saudável. Viccini36 afirma que isso é possível, porque a percepção de saudável é muito mais ampla, abarcando a subjetividade das sensações de bem-estar e qualidade de vida, variáveis de acordo com a cultura. Os usuários relataram que apesar das dificuldades sentidas, conseguem controlar a doença, sendo o serviço da ESF um fator determinante nesse controle:

*Melhoraram, melhorou bastante... Controlou a pressão, controlou o diabete, a dor de cabeça que a gente tinha, a enxaqueca, acabou-se* (Urano, 65 anos).

*agora, graças a deus, ham... diabete ta controlada...da ultima vez que fiz exame... da ultima vez que eu fiz exame ta controlada (Marte, 70* anos).

*porque aquele velho meu vive doente... ... ai eu vim mim bora praqui, graças a deus, praquele posto, pronto, sou bem atendida (Netuno, 75* anos).

Uma das usuárias oferece uma causa para **o processo saúde-doença afirmando que ele está sob a direção do poder divino**, pois acredita que Deus permitiu que ela sobrevivesse mesmo diante da fome e da dificuldade financeira:

*O que eu tenho pra falar da minha saúde, o meu modo de pensar é assim: saúde é uma benção do pai celestial... porque, você veja, tem pessoas que não tem condições de viver, a alimentação é fraca, eu mesmo, fui uma pessoa em vida que muitas vezes eu já chorei, com um punhado de farinha na mão e agradeço a jesus cristo... por a saúde que ele me dá! Sim, de onde vem minha saúde? Eu num sei, pela fome que eu passei,passei tanta fome menina que eu acredito que digo a você que é jesus que me deu saúde, porque pela fome que eu passei... Num era pra eu ta nem caminhando! Porque a situação financeira...* (Saturno, 55 anos).

Laplantine39 refere que quando questionadas sobre o que é a saúde e porque adoecemos as pessoas tendem a explicá-la relacionando-a com a sociedade ou com o sagrado, como parte da vivência da doença no meio popular. Isso faz sentido quando verificamos que as palavras saúde e salvação possuem a mesma raiz indo-européia, *san*, que significa conservação de si mesmo. Na concepção de saúde e doença dentro do sagrado, obter a saúde é sinônimo de salvação. Sendo assim **o serviço da USF assume o significado uma benção de divina no controle das doenças e na promoção de uma vida saudável** para esses idosos:

*Tá com três ano que eu cheguei aqui pra morar foi o posto que eu me cheguei pra me tratar foi aquele e aquele eu dô valor, é uma benção pra mim, do tempo que eu to lá, ninguém foi ruim pra mim... teve outra vez que eu cheguei já morrendo, mas fui tratada que nem uma rainha* (Netuno, 75 anos)

*Sério eu tinha muita enxaqueca, mas depois que eu to me tratando aqui no posto fiquei boa da enxaqueca e da dor de cabeça, eu tinha uma enxaqueca tão grande de passar o dia todinho com dor de cabeça, quando era de noite vomitava, vomitava tanto, mas fiquei boa, controlou. Tenho diabetes, mas ta tudo controladinho, graças a Deus!* (Urano, 65 anos).

*Pois eu, graças a Deus, daquele posto eu não tenho o que dizer, porque já... quando eu não morava aqui... eu pedia a Deus pra num morar aqui, mas depois que cheguei aqui, sou cadastrado, chego lá, consulta, qualquer coisa...* (Marte, 70 anos).

Essa visão do serviço de saúde como uma dádiva reflete-se na postura de alguns usuários na hora de solicitar o atendimento, pois referem que precisam do consentimento do agente de saúde ou das pessoas da recepção para serem atendidos pelo serviço de saúde:

*me dão consentimento pra eu encontrar com ela* (Urano, 65 anos).

A confusão entre saúde e sagrado investe ao profissional de saúde um grande poder36 sobre o usuário, construindo uma relação verticalizada onde o profissional de saúde é o detentor do saber e o usuário uma pessoa ignorante e unicamente culpada pelo seu mal-estar40. Dentro da concepção mágico-religiosa 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 cura41 .

Dentro das falas dos usuários percebe-se esse fenômeno quando os mesmos relatam não importar-se com a longa espera na fila, pois na condição de idosos possuem a prioridade e aguardam com resignação serem atendidos. Referem abertamente que a culpa de não serem atendidos é deles mesmos por não esperarem quietos, sem reclamar, ou por não chegarem a tempo de conseguir entrar na fila:

*Mas eu mesmo gosto de todo mundo ali... todo mundo me atende bem... porque não chego lá, num passar na frente, num vo tomar a frente da senhora... Porque se eu tomar a frente da senhora... Já teve muita confusão ali dentro, viu? por causa disso... Lá tem fila, tem que entrar na fila!* (Marte, 70 anos)

*Eu acho (bom). Pois eu pergunto. Toda vez eu pergunto a atendente e ela me informa pra onde eu vou. Os idosos, eles chega lá é atendido primeiro... Agora eu só não fui atendida, porque eu chego lá fora da hora né? A médica ta atendendo, mas eu cheguei atrasada, ai eu vou embora né?, porque não cheguei no horário certo.* (Urano, 65 anos).

Sabe-se que a questão da fila dentro dos serviços de saúde reflete uma lógica de atendimento burocratizada, que aprofunda a verticalização das relações entre usuário e serviço, característica do modelo biomédico dominante42. Quando os usuários culpabilizam-se por não se ajustarem a fila de atendimento, algo que é de propriedade de organização do serviço, isto é um exemplo clássico de como o serviço de saúde no modelo biomédico exerce uma força externa sobre o sujeito, que em vez de contribuir para sua saúde e autonomia, contribui para sua submissão, fazendo do encontro entre o serviço e o usuário um mecanismo de controle social, reprodutor de ideologias e produtos sociais43. Tratando-se do relato de usuários da ESF, questiona-se até que ponto esta tem contribuído para uma APS voltada para a promoção da saúde da população, com uma lógica de atendimento centrada na relação entre usuário e serviço baseada no respeito mútuo, valorização das subjetividades e autonomia dos sujeitos, satisfazendo as necessidades dos usuários42.

Tecer, Poli Neto e Campos42 discutem que os serviços de APS no Brasil, em sua maioria, não conseguiram superar o padrão de atendimento biomédico. Pelo contrário, fortalecem esse modelo quando a organização do serviço assume características de uma “repartição ou ambulatório com horários comerciais rígidos, guichês onde é feita a recepção, cardápio de serviços organizados na forma de agenda, onde o número de vagas é limitado e preenchido por ordem de chegada, de forma que o acesso ao cuidado acaba quando se acabam as vagas”.

Dentro do cardápio de ações programáticas da ESF, os usuários do grupo de idosos, portadores de hipertensão e diabetes relatam que usufruem da distribuição de remédios, encaminhamento para cirurgias, aferição de pressão, teste de glicemia capilar, consultas médicas e da enfermeira, as vacinas e o grupo de educação em saúde, onde aprendem a lidar com a sua doença e sobre o uso das plantas como prática integrativa de cuidado. Ou seja, as ações principalmente preventivas e curativas voltadas para o público portador de hipertensão e diabetes, o que explica a satisfação por parte de alguns desses usuários com o serviço, mesmo diante da dificuldade em acessá-lo. O atendimento prestado pelo agente de saúde é algo valorizado pelos usuários, pois se sentem acompanhados pela ESF, mesmo estando em domicílio, sendo apontado por eles como uma alternativa para a resolução dos problemas com a fila, principalmente quando tem bastante dificuldade em se deslocar:

*Pra mim ta bom. O bom é atendimento, né? Os idosos, eles chega lá é atendido primeiro... pra olhar o diabete, o menino olha o dedo da gente, pesa a gente, quantas vezes eu mando ele me pesa, tira a pressão, me encaminha pra doutora... quando eu não vou a doutora, eu pego com a enfermeira ...* (Urano, 65 anos)

*já me encaminhou uma operação minha... fui operado... me encaminhou da vista... fui operado também... E agora já me encaminhou de novo pra me operar de novo de umas pedra no rim... mas já tá encaminhado, né? Tudo daê!... pessoal gosta de mim, as meninas que trabalha lá gostam muito de mim, agora é seu fulano praqui, seu fulano pracolá, ali, aquele posto ali... Mas graças a deus... se alguém tem raiva ai.. é escondido, porque eu num vejo nada, né?* (Marte, 70 anos)

*... vacinei-me...* (Terra, 72 anos)

*mas fui tratada que nem uma rainha* (Netuno, 75 anos)

*Depois que eu fui praquele posto ali, se eu for me consultar, ou não for e for pegar remédio eu sou atendida, porque o meu agente de saúde vai lá na casa da gente. Ai eu fico muito bem satisfeita, que nesses outro posto a gente enfrenta uma fila...* (Netuno, 75 anos).

É interessante observar como os usuários **significam a sua a relação com serviço através do afeto**. Sobre isso Bosi e Affonso44 que é comum os usuários na falta de critérios técnicos para avaliar o desempenho do profissional, utilizem parâmetros cotidianos de apreciação da outra pessoa como amabilidade, boa vontade e complacência. Sob esses critérios podem desenvolver relações de afeto positivo ou negativo dependendo se suas necessidades em saúde foram satisfeitas ou não, determinando a continuidade e adesão aos serviços de saúde oferecidos45. Nas falas acima apresentadas é possível observar o desenvolvimento do afeto positivo nos termos “ser tratada como uma rainha”, “pessoal gosta de mim”, “ os idosos são atendidos primeiro”. Já relação afetiva negativa pode ser observada na fala de outros usuários idosos que chegaram a relatar que se sentiram rejeitados pelo serviço, estando associado a esse sentimento a falta de informações sobre o serviço, conflitos com a equipe, a marcação de consulta desajustada da rotina do usuário e o tempo de espera prolongado na fila, chegando a deixarem de procurar o serviço da ESF:

*Quando eu mostrei assim o documento pro rapaz, era aquele alto...Chegou, fez bem assim... me senti rejeitada e saí, né? De dizer, olhe, num é assim não, num sei o quê... num furei fila, fiquei esperando, quando foi na hora... cheguei... eu num gosto de chamar atenção... Cheguei fui, delicadamente, peguei, né? os exames, né? botei dentro da bolsa e fui mim bora pra casa, né? Pronto, num voltei mais, né?*(Terra, 72 anos).

*Eu mesmo, né? Tenho uma coisa a recramar de lá... Sexta-feira mesmo eu tenho uma resposta pra dar lá do exame da vista ... tanto dia pra marcar ela marcou pro dia 10, dia 10 é domingo! ai eu vou dizer: e porque você marcou? por acaso é o seu pai que vai vim atender aqui domingo?...* (Saturno, 55 anos).

Os afetos produzidos na relação entre serviço e usuário revelam um grande potencial transformador quando trabalhado no sentido de que “aquele com quem partilhamos o caminho for tomado como autêntico interlocutor e não apenas como um "objeto" de nossas iniciativas” (Oliveira, Landroni e Ayres45, 2005). Quando a relação entre usuário e serviço limita alguma das partes, ou os afetos não têm o devido espaço para construção dentro 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 serviço, podem produzir uma relação baseada na compaixão, informalidade, dependência de juízos e valores pessoais, reiterando a assimetria nas relações45 o que vai de encontro com os princípios da humanização em saúde, da autonomia e corresponsabilidades entre os atores que constroem os serviços de saúde.

A Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS – tem sido uma iniciativa do Ministério da Saúde em transformar as relações entre usuários e profissionais em saúde através da humanização como eixo transversal, lançando mão de estratégias viabilizadoras da valorização dos sujeitos implicados no processo de produção da saúde, norteadas pelo princípio da autonomia, protagonismos dos sujeitos, corresponsabilidades entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão46.

**Autocuidado para a conservação da saúde e serviço de saúde para recuperação da doença.**

Quando questionadas sobre o que é viver a saúde, as gestantes apontaram **o autocuidado como algo primordial para a conservação da saúde individual**, através de práticas de boa higiene, boa alimentação, bom sono, prática de exercícios físicos e evitar o estresse e o uso de drogas:

*Dormir bem, acordar bem, passar o dia bem sem estresse, sem mau humor, pra mim é ter saúde... Comendo bem, mantendo higiene, tem que ter boa higiene né?* ... *Porque se a gente se cuida por dentro e não se cuida por fora não ta resolvendo nada, né verdade?* (Margarida).

...*é viver bem, se alimentar bem, cuidar da própria saúde* (Rosa).

*É saber cuidar de si próprio né? É... tudo isso... cuidar da saúde, se alimentar bem, não... como é o nome?... tomar bebida né? que não faz bem a saúde, não fumar... é acho que é isso* (Violeta).

*Pra mim, viver a saúde é praticar exercícios, se alimentar bem, não usar drogas* (Magnólia)

*É se cuidar, ter uma boa alimentação, se preservar, é... ter cuidado com o que come né?* (Azaléia)

*Se não tiver higiene em casa da pessoa mesmo a saúde vai de água a baixo (Dália.)*

Autocuidado é definido como um dos aspectos do viver saudável. É a realização pelo indivíduo de ações em si mesmo ou no ambiente que mantém o funcionamento do seu corpo de acordo com seus interesses de vida, funcionamento integrado e bem-estar. A perspectiva de autocuidado em saúde pressupõe que a saúde é uma forma pela qual uma pessoa manifesta sua existência processual, coexistindo com outros seres, comunicando-se com o mundo, ações, o exercendo o “desejo humano de saber, de busca da verdade e de fazer o bem a si mesmo e aos outros” (Bub, Medrano, Silva, Wink, Liss, Santos47, 2006).

Dentro da ESF a prática do autocuidado é uma prerrogativa necessária para o alcance da promoção da saúde, uma vez que reforça a autonomia do indivíduo sobre sua saúde, 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 desresponsabilizando o papel do estado no fornecimento dos recursos necessários para que os indivíduos promovam saúde, desconsiderando os determinantes e condicionantes sociais de saúde48.

Consequentemente, considerando os determinantes e condicionantes sociais na comunidade onde as usuárias vivem, um local com saneamento básico precário e alto índice de desemprego limitando o acesso a alimentos de qualidade, entende-se a relevância dada, por parte das usuárias, às práticas higiene e alimentação como autocuidado que incide sobre a saúde.

A conservação da própria saúde aparece como fator importante para o cuidado do familiar e do próximo47, gerando sentimentos de prazer, satisfação, felicidade, alegria e coragem:

*Felicidade, saber que ta 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)

*porque todos nós passamos por problemas e dificuldade, mas acho que o maior problema é saber que não tem saúde* (Violeta)

*É viver bem, ser feliz... Acho que é isso... Viver a saúde é fazer o bem pra si mesmo... e pra outras pessoas ...* (Crisântemo)

*Viver a saúde é... brincar[] ter coragem e ser assim que as pessoas fica assim todo sem... moleza, é brincar, correr, sorrir, conversar, é vontade de fazer as coisas e é só isso* (Margarida)

Neste 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. Tanto que o autocuidado aparece não somente como importante para a conservação da saúde, mas como medida de saúde, pois muitas delas relacionaram a incapacidade de cuidar-se com doença.

Descrevem o conjunto de ações de autocuidado como um modo de vida ‘saudável’ – não usar drogas, alimentação saudável, exercícios físicos, ir ao médico, ter higiene entre outros. Todavia, o discurso do estilo de vida saudável 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, desconsiderando o contexto de vida e a subjetividade dos usuários49,50. Essa descontextualização é percebida pela própria usuária neste depoimento:

*“To sempre me cuidando e me tratando das doenças... Ah me alimento bem... apesar de que eu não como muito bem né (risos)” Azaléia, 24 anos.*

Se a saúde para as usuárias saúde significa capacidade para o autocuidado e o cuidado do próximo que produz sentimentos de prazer e felicidade, em contrapartida a **doença significa a incapacidade ou déficit de autocuidado, permeado pelos os sentimentos que as experiências da doença provocam, relacionando-as com tristeza, morte, estresse, incapacidade, sofrimento e luto antecipado**:

*Fica triste pelos cantos, cabisbaixo, fica ali só vivendo a alegria dos outros, esperando o dia que chegue a sua hora* (Margarida)

*Ah é muito ruim né... porque a gente sabe que vai morrer né, que ta com pouco tempo de vida...* (Violeta)

*Acho que ninguém gosta da doença né? Porque as pessoas acham que ta morrendo e a saúde é bom pra tudo você não sabe quanto tempo vai viver né?* (Dália)

Tendo em vista esta incapacidade para o autocuidado durante a doença, a perda do domínio da própria saúde, todo o sofrimento e fragilidades provocados, as usuárias reconhecem a necessidade de delegar a alguém o domínio do cuidado do seu próprio corpo na esperança de recuperar a saúde. Neste sentido apontam a figura do médico representando **o significado do serviço de saúde no processo de recuperação da saúde.** O significado deste serviço ganha ainda mais consistência quando consideramos que a comunidade atendida é situada em região marginalizada e de difícil acesso:

*num adianta um posto próximo da minha casa, que num faça as coisas que... a gente precisa, num caso de uma doença* (Margarida)*.*

*porque como é que a gente vai viver sem saúde? Vai viver sempre nos médicos, indo pros médicos, na esperança de um dia ficar bem* (Violeta)

*Pra mim, viver a saúde é...* *freqüentar o médico... ir ao médico* (Magnólia).

*Bastante. Porque aqui é um lugar longe né...* (Dália)

Vicini36 refere que em nossa sociedade existe uma classe de médicos que apoiados em conceitos de algumas disciplinas biológicas, detém o poder de dizer o que é a doença e a partir disso, definir as terapêuticas necessárias a sua cura, geralmente abusivos e desnecessários41. Desta forma, o “doente” renega sua individualidade, assumindo as características gerais da patologia, destituindo-se de sua responsabilidade sobre recobrar sua saúde, sendo esta responsabilidade relegada ao médico. Atualmente discute-se que esta autoridade médica expandiu-se para além do que está doente, atingindo quem ainda pode estar doente e a quem não possui uma cura eficaz dentro dos esquemas terapêuticos da medicina alopática, constituindo um fenômeno de medicalização da sociedade que reforça o paradigma biomédico.

Uma consequência bem comum da medicalização da sociedade é o estigma social criado em torno do diagnóstico de uma doença51. Uma das usuárias destaca como os significados produzidos pela sociedade sobre determinadas doenças, facilitam ou dificultam o acesso a determinados serviços de saúde, tendo a capacidade de diminuir ou aumentar o sofrimento da pessoa acometida por uma doença:

...*depende da doença, porque tem aquelas crianças que vivem na casa de apoio contra o câncer, aquelas crianças a gente vê na televisão que elas recebem visita, recebem brinquedo, vai palhaço, né, visitar, fazer a alegria das criança... já aquelas pessoa que convive com aquela doença que ela falou o HIV, as pessoas não querem chegar perto, não querem apertar a mão, tem preconceito, ai elas já são excluídas da sociedade, ai as pessoas num querem saber, as pessoas já tão com aquela doença, aquela coisa na cabeça e pioram mais ainda* (Magnólia)

Ou seja, o diagnóstico de uma doença abre ou fecha porta de serviços. E isso é percebido pela insatisfação das usuárias com o atendimento da ESF, que segundo elas é hostil por parte de alguns funcionários, não considera as fragilidades e dificuldades que os usuários têm para acessar o serviço, (doença, fome, falta no trabalho, filas, entre outros) e prioriza apenas os grupos populacionais de idosos, crianças e gestantes diminuindo a possibilidade de atendimento em saúde à população como um todo. O atendimento feito com agenda marcada em horários rígidos chega a excluir a possibilidade de atendimento até aos grupos populacionais prioritários. Trata-se do clássico modelo de atendimento em repartição pública, assimétrico e verticalizado42, já discutido no contexto do grupo anterior:

*Porque eu já cheguei com a minha menina aqui com muita febre e eles mandaram eu ir pro mini: “Ah a gente não resolve não, vá logo pro mini” Nem seque consultaram ela, olharam, e eu tive que ir pro mini duas vezes!* (Azaléia)*.*

*... ruim é que a maioria das pessoas não são bem atendida quando chegam, vem de casa sem comer, falta o trabalho*... *Só ta faltando aqui mais gente... Mas não essas ignorantes!*  (Margarida)

*Porque a minha irmã ela é grande e ela precisa de uma dentista e ela não pode vir a dentista, porque só pode ser gestante, idosos ou crianças* (Azaléia)*.*

*Outro dia eu vim pro pré-natal e ai chegou uma senhora que ela tava precisando de uma receita pra pegar o remédio de pressão e ela tinha que esperar todas as gestantes ser atendida pra depois ser atendida. A mulher não agüentou, começou a passar mal e desistiu. E era só uma receita que ela precisava, era nada demais a doutora receitar um medicamento pra ela? Eu achei um absurdo! Agora porquê? Porque não era o dia dos hipertensos!* (Azaléia).

Dentre os serviços prestados pela ESF dito valorizados pelas usuárias estão a visita do agente comunitário de saúde e as ações educativas. O agente comunitário de saúde mostrou-se valorizado pelo trabalho aproximação do serviço de saúde com o usuário através da visita domiciliar, principalmente na marcação de consultas e exames. Já as ações educativas mostraram-se valorizadas pelo seu caráter informativo e transformador, ajudando as usuárias no autocuidado e no cuidado familiar:

*Ele resolve os problemas da gente né, a marcação de exames, eles marcam e entregam na nossa casa. E eu acho assim que é fundamental* (Magnólia).

*A minha* (agente de saúde) *eu nem preciso perguntar ela já vai: Margarida ta precisando de alguma coisa? Pega os comprimidos, leva os exames...* (Margarida).

*porque tem agente de saúde que ela vai em casa, o que a gente pediu a médica, ela leva o exame, pode ser que demore, ás vezes demora, mas as vezes não demora, eu acho normal. Eu gosto* (Violeta).

*Era bom que desse depois que a gente ganhasse neném também né? (grupo de educação)* (Magnólia)

*Gostamos, mas na minha opinião deveria ter mais, porque a gente só teve uma... (grupo de educação em saúde) É pelo menos por uns certos meses né?* (Azaléia)

*Porque depois quando a gene tem neném, eles não chamam mais, eles convidam mais as gestantes e depois que a gente tem num quer aprender mais não é?* (Dália)

Apesar das grandes dificuldades retratadas quanto a relação entre as usuárias e o serviço, decorrentes da forte influencia do modelo biomédico, as mesmas apontam os potenciais transformadores da ESF na transformação dessas relações.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os modelos de atenção são conformados a partir das ações e serviços de saúde que buscam atender as necessidades em saúde trazidas pelos usuários. Tais necessidades conformam-se a partir de como esses usuários significam a saúde e a doença, que possuem inúmeros determinantes e condicionantes.

O primeiro grupo, formado predominantemente por idosos, de maioria feminina, portadores de hipertensão e diabetes, significou a saúde e a doença a partir de suas vivências, como fases evolutivas do desenvolvimento humano, sendo a saúde algo característico da juventude e a doença mais característica da senilidade, resultante do esgotamento das forças corporais em reestabelecer o equilíbrio. Trata-se de um processo determinado por Deus e, portanto inevitável. Então, o serviço de saúde significa uma benção à medida que ajuda no controle do desequilíbrio instalado com a doença (hipertensão/diabetes) na velhice. Desenvolvem em sua maioria, afetos positivos com o serviço, sendo determinante na continuidade nas ações de saúde da ESF.

Já o segundo grupo, predominantemente feminino em situação de gravidez e jovem, significou a saúde e a doença através do autocuidado: saúde como capacidade de autocuidado, permeado pela felicidade; doença como a incapacidade de autocuidado permeado pelo sofrimento. O serviço de saúde significa a cura da doença e/ou a recuperação da saúde perdida. Demonstram insatisfação devido às relações burocratizadas e verticalizadas estabelecidas pelo serviço de saúde, que dificultam o acesso a esperada resolução das suas necessidades em saúde.

Chama-se a atenção para as relações desenvolvidas entre usuários e ESF a partir desses significados, no sentido de que até que ponto tais relações quebram ou reiteram os significados pertinentes à lógica do modelo biomédico? Até que ponto revertem essa lógica, na perspectiva da promoção da saúde?

Diante dos dilemas enfrentados pela a Estratégia Saúde da Família na consolidação de um SUS equânime, universal e que cuida integralmente, sugere-se que os profissionais busquem a construção de espaços onde os significados e as relações entre usuários e serviços com todas as suas contradições, possam ser expostas e discutidas, produzindo um novo tipo de interação entre os sujeitos pautada no respeito mútuo, corresponsabilidade e humanização.

**ORÇAMENTO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIÇÃO DE ITENS** | **UNIDADES** | **VALOR DA UNIDADE** | **TOTAL** | | |
| Transporte | 100 | R$ 1,00 | R$ 200,00 | | |
| Resma de papel A4 | 01 | R$ 15,40 | R$ 15,40 | | |
| Pincel marcardor permanente atômico preto | 10 | R$ 3,00 | R$ 30,00 | | |
| Alimentação | 25 | R$ 7,00 | R$ 175,00 | | |
| Cartucho para impressora Auto HP Deskjet 2100 | 2 | R$ 50,00 | R$ 100,00 | | |
| Folhas de Cartolina branca | 10 | R$ 0,50 | R$ 5,00 | | |
| MP4 | 1 | R$ 249,90 | R$ 249,90 | | |
| Lápis comum 2B | 6 | R$ 0,50 | R$ 3,00 | | |
| Borracha plástica | 4 | R$ 0,75 | R$ 3,00 | | |
| Fone de ouvido | 1 | R$ 15,00 | R$ 15,00 | | |
|  | | **R$ 796,30** |

Este projeto foi financiado por de bolsa de iniciação científica concedida pela Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de Alagoas – FAPEAL – e do Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde – PPSUS 2009/2011, no valor de R$ 300,00 mensais, durante 18 meses.

**REFERÊNCIAS**

1. MERHY, EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: ONOKO, R; MERHY, EE (orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
2. Santos DS **A construção de modelos de atenção à saúde a partir do trabalho cotidiano de equipes de saúde da família em Maceió-AL**. Projetode Doutorado. 2009. Orientadora: Profa. Dra. Silvana Martins Mishima. UFS- Maceió, 2009.
3. Secretaria de Politicas de Saude. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2000, vol.34, n.3, pp. 316-319.
4. Brasil. Conselho Nacional e Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. 2ª Ed. Brasília: CONASS; 2007.
5. Buss PM, Filho Pellegrini A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.
6. Santos DS **Ações intersetoriais de educação e saúde: entre a teoria e prática.** Dissertação de Mestrado. 2005. Orientador: Prof. Dr. Mauro Antônio Pires Dias da Silva. Unicamp- Campinas, 2005.
7. Albuquerque CMS, Oliveira CPF **Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança. Millenium - Revista do ISPV** - n.º 25 - Janeiro de 2002.
8. Barros JA Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade** v.11 Nº 1 jan-jul/2002
9. Maranhão DG **O processo saúde-doença e os cuidados com a saúde na perspectiva dos educadores infantis. Cad. Saúde Pública** vol.16 n.4 Rio de Janeiro Out./Dec. 2000.
10. Silva JLL O processo saúde-doença e sua importância para a promoção da saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v.2. n.1. p. 03-05, 2006.
11. Almeida ES O conceito de saúde e do processo saúde-doença. In : ALMEIDA, E. S. **Distritos Sanitários: concepção e organização**. São Paulo: Faculdade Publica da Universidade de São Paulo, v.1; 1998.
12. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E  *et al*. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S159-S172, 2008.
13. Almeida Filho N O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Rev. Bras. Epidemiol**. Vol. 3, Nº 1-3, 2000.
14. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.**Ciênc. saúde coletiva**. 2000, vol.5, n.1, pp. 7-18.
15. Seidl EMF, Zannon CLMC Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2): 508-588, mar-abr, 2004.
16. Traverso-Yépez M, Morais NA Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública** vol.20 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2004.
17. Campos CMS, Bataiero MO Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004.  **Interface - Comunic., Saúde, Educ**., v.11, n.23, p.605-18, set/dez 2007.
18. Ribeiro MNO, Barbosa LM Avaliação das condições de vida da população do Brasil, Nordeste e Rio Grande do Norte. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 15., 2006, Caxambu. **Associação Brasileira de Estudos Populacionais.** Campinas: ABEP; 2006. p.1-20.
19. Gouveia GC, Souza WV, Souza-Júnior PRB *et al* Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Rev Bras Epidemiol,** 2009; 11(3): 281-96.
20. Gil AC **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. Saõ Paulo: Atlas; 2007.
21. Minayo MCS **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.
22. Pope C, Mays N Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
23. Oliveira GC Mulheres Chefes de Família – estratégias de ação**.** In: Pré-Evento Mulheres Chefes de Família: crescimento, diversidade e políticas, 2002, Ouro Preto. **Associação Brasileira de Estudos Populacionais**. Campinas: ABEP, 2002.
24. Chiesa AM, Ciampone MHT Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. In: Chianca TCM, Antunes MJM. (Org.). **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva- CIPESC** . Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999.
25. Kind L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004
26. Dall' Agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. R. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v.20, n.1, p.5-25, jan. 1999
27. Car MR, Bertolozzi MR. O procedimento da análise de discurso. In: Chianca TCM, Antunes MJM. (org.). **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva- CIPESC** . Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999.
28. Caregnato RCA, Mutti R Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 679-84.
29. Orlandi EP. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos.** Campinas (SP): Pontes; 2009.
30. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 679-84.
31. Nogueira, C. (2001) A analise do discurso. Em L. Almeida e E. Fernandes (Edts), *Métodos e técnicas de avaliação: novos contributos para a pratica e* *investigação*. Braga: CEEP
32. Deslandes SF, Mynaio, MSC. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 28ª Ed.Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
33. Macedo LC et al. Análise do Discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Comunicação Saúde Educação** v.12, n.26, p.649-57, jul./set. 2008

### Basso IS. Significado e sentido do trabalho docente. Cad. CEDES vol. 19 n.44 Campinas Apr. 1998

1. 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.
2. Viccini G. Abraço afetuoso em corpo sofrido: saúde integral para idosos. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2006.
3. Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.
4. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
5. Laplantine F. Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
6. Oliveira HM, Moretti-Pires RO, Parente RCP. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano.**Interface - Comunic., Saude, Educ**., v.15, n.37, p.539-50, abr./jun. 2011.
7. Berlinguer G. A doença. São Paulo: Editora Hucitec, 1988.
8. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família.***Ciênc. saúde coletiva*** [online]. 2010, vol.15, suppl.3, pp. 3615-3624. ISSN 1413-8123.
9. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. Dissertação de mestrado. 199fls. 2004. Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos
10. 48. Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 14(2):355-365, abr-jun, 1998
11. 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***[online]. 2005, vol.10, n.3, pp. 689-698. ISSN 1413-8123.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**.4 ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.
13. 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, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 152-7.
14. Oliveira DLLC. **A enfermagem e suas apostas no autocuidado**: **investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição?**.*Rev. bras. enferm.* [online]. 2011, vol.64, n.1, pp. 185-188. ISSN 0034-7167.
15. Bagrichevsky M, Castiel LD, Vasconcellos-Silva PR, Estevao Adriana. Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, suppl.1, pp. 1699-1708. ISSN 1413-8123
16. Ayres JRCM. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):43-62, 2007.
17. Diniz, D. Autonomia reprodutiva: um estudo de caso sobre a surdez. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(1):175-181, jan-fev, 2003

**ANEXOS**