

CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA APRESENTADAS POR UMA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Health and disease concepts enunciated by a population attended by Family Health Strategy

Karina Maia da Silva¹, Simone Paiva Leite²

RESUMO

O estudo analisa as concepções de saúde e doença de pacientes atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em uma cidade do sul de Minas Gerais, Brasil. Ao conhecer os conceitos de saúde e doença da comunidade, que sofrem influências das condições sociais, econômicas e ambientais tanto do individual quanto do coletivo, a equipe de saúde da família poderá superar as dificuldades de acesso e promover a saúde garantindo equidade, qualidade e humanização à população atendida. Trata-se de uma pesquisa qualitativa para a qual se utilizou entrevista semiestruturada. Foram entrevistados 20 sujeitos. Para análise dos dados, foi utilizada a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Mesmo notando que alguns indivíduos apresentam um conceito mais amplo de saúde, englobando ideias preventivas e de promoção de saúde, para outros a saúde é basicamente a ausência de doença. Esta, ainda, pode só ser significativa para alguns quando está em uma fase sintomática ou apresentar gravidade. Portanto já se observam algumas questões a serem trabalhadas a fim de que a comunidade possa estar mais atenta às suas reais condições de saúde, até mesmo para terem participação frente a políticas de saúde. Nota-se que se trata de uma população que aceitou o modelo de atenção proposta pelas ESFs, no qual a interação da equipe de saúde da família pode ser mais efetiva em propor condutas de mudança de comportamento da população, melhorando assim os índices de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Saúde da Família; Processo Saúde-Doença; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The study analyzes the concepts of health and illness of patients served by the Family Health Strategy (FHS) in a southern city of Minas Gerais, Brazil. By knowing the concepts of health and illness in the community, that suffer influences of social, economic and environmental conditions, on individual and the collective matter, the family health team can overcome the difficulties of access and promote health by ensuring equity, quality and humanization in the care of the population. This is a qualitative survey which used semi-structured interview. We interviewed 20 subjects. For data analysis methodology was used the Collective Subject Discourse. Even noting that some individuals have a broader concept of health, including ideas of health prevention and promotion, to others health is basically the absence of disease. This concept can only be significant for some when disease is in a symptomatic phase or show severity. Therefore, it is already observed some issues going to elaborate so that the community can be more attentive to their actual health condition, for them to participate in the health policies. Note that this is a population that has accepted the model of care proposed by the ESFs, in which the interaction of the family health team can be more effective in order to propose conducts to change the population behavior, thus improving health indices.

KEYWORDS: Family Health Program; Health-Disease Process; Health Promotion.

¹ Karina Maia da Silva, médica residente de pediatria do HCSL - UNIVÁS. Faculdade de Medicina de Itajubá - MG. E-mail: karina87maia@gmail.com

² Simone Paiva Leite, mestre em Saúde Coletiva pelo NATES - UFJF. Faculdade de Medicina de Itajubá - MG
Apoio: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG.

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde e de doença é resultado da interação cultural, social e econômica de um indivíduo ou de uma sociedade e depende também do contexto temporal e ambiental, tendo, para cada um, uma atribuição de significados.¹⁻¹⁰

No Brasil, é muito importante considerar o acúmulo histórico para referenciar esses conceitos que resultaram da colaboração das mais variadas práticas curativas¹¹, originadas pela escassez de médicos nos períodos passados.² Por isso, causas naturais, sociais e sobrenaturais orientavam a sociedade quanto ao processo saúde-doença.^{3, 11, 12}

A atuação cientificista, objetivista e normativa dos profissionais de saúde ainda é a grande barreira entre o profissional e o paciente que busca o serviço de saúde. É por isso que, embora o SUS (Sistema Único de Saúde) tenha um amplo conceito de saúde, esta é ainda tida como ausência de doença, não se desenvolvendo ações que levem em conta os fatores sociais, econômicos e ambientais que interferem nas condições de vida e saúde da população.^{4, 7} Nesse contexto, o indivíduo, reduzido a uma condição, deixa de ser considerado como um todo.⁵

O Programa Saúde da Família (PSF) implantado pelo Ministério da Saúde, em 1994, foi lançado como estratégia de reorganização da atenção à saúde e, atualmente, é designado Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF apresenta algumas características que parecem favorecer a integração entre comunidade e equipes de saúde da família. Os fatores que favorecem essa integração são: a introdução dos agentes comunitários de saúde (ACS) nas equipes, adscrição de clientela num território definido, atuação das equipes na ótica da Vigilância em Saúde e o trabalho em equipe composto por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde.¹³

O médico e a equipe de saúde têm de adequar suas ações considerando o paciente enquanto sujeito inserido em um meio, tomando em conta a experiência da doença, as percepções do paciente, adquirindo uma sensibilidade e uma capacidade de escuta, de saber lidar com personalidades, com expectativas, medos, ansiedades – além da dimensão biológica do funcionamento do corpo humano.¹⁴

Como o que se tem buscado é a promoção de saúde,

a realidade da condição de vida (renda, educação, transporte, lazer, habitação e outros) e a maneira como os usuários da saúde vêem a saúde e a doença contribuem para uma ação mais efetiva¹⁵, pois, além de dados epidemiológicos quantitativos, será possível obter uma visão qualitativa da comunidade adscrita à ESF.

Com o conhecimento e consideração dos valores, atitudes e crenças de uma população, é possível estabelecer as diferenças entre os modelos de atenção à saúde de forma a garantir a equidade¹⁶, proposta pelo SUS, além de estreitar a relação dos profissionais de saúde e dos usuários, permitindo um sucesso maior quanto às medidas profiláticas e terapêuticas a serem adotadas.¹⁷ Os profissionais conhecerão o que é relevante para seu paciente com base em suas características de pensar e de agir frente a um problema de saúde e assim determinará a melhor conduta em benefício do indivíduo.^{3, 18}

Dada a importância da representação social frente ao processo saúde-doença e a importância do conhecimento deste para aumentar o vínculo entre profissionais e usuários, dentro de uma perspectiva de integralidade, autonomia e ética, o objetivo dessa pesquisa foi obter informações sobre a concepção de saúde e doença dos pacientes atendidos pela ESF, a fim de superar a dificuldade de acesso e garantir um trabalho de equidade, qualidade e humanizado.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

As concepções que os usuários do serviço de saúde de uma unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma cidade do sul de Minas Gerais, Brasil, possuem a respeito de saúde e de doença foram obtidas por meio de uma pesquisa com base em uma análise qualitativa de dados obtidos por meio de um questionário contendo as variáveis dos sujeitos⁶, a fim de buscar a interação de questões sociais, culturais e econômicas com o processo saúde-doença, seguido de uma entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas no período de 10 de março a 15 de julho do ano de 2010. Os dias escolhidos pelo pesquisador, a marcação das consultas e o atendimento pela ESF e a abordagem dos sujeitos foram feitos de forma aleatória. O pesquisador convidou o sujeito que se mostrou disponível para participar, sendo entrevistado um sujeito por vez. Ao sujeito abordado

foi apresentado o tema, o objetivo e importância da pesquisa e, após o esclarecimento e obtenção do Termo de Consentimento Esclarecido, devidamente assinado, foi preenchido o questionário e aplicada a entrevista. Previamente, o paciente era informado que a entrevista seria gravada para posterior documentação e transcrição, sendo solicitada sua autorização. Para diminuir as possibilidades de interferência externa nas respostas, garantir o sigilo e maior conforto dos entrevistados para responder, a entrevista foi feita em um ambiente reservado, com a porta fechada. Antes de iniciar a entrevista, o pesquisador se certificou se o entrevistado estava minimamente à vontade. O entrevistador procurou não interromper o depoimento do entrevistado e nem influenciar nas suas respostas, exceto quando foi necessário apresentação das perguntas e/ou esclarecimentos sobre as mesmas.

Para delimitar a amostra em uma pesquisa qualitativa, que não pode ser determinada *a priori*, foi utilizado o método de saturação, pelo qual a pesquisa é encerrada a partir do momento em que houve reincidência de informações.¹⁹ Após a obtenção das falas dos sujeitos, os depoimentos foram transcritos, e foi observado que todos dos tópicos interrogativos respondidos pelos indivíduos alcançaram saturação na décima segunda entrevista, mas a pesquisa procedeu-se até a vigésima entrevista a fim de que houvesse mais material para aumentar a riqueza do imaginário social. Procedeu-se então à análise utilizando-se da metodologia do “Discurso do Sujeito Coletivo”, desenvolvido por Fernando Lefèvre, que “visa dar luz ao conjunto de individualidades semânticas componentes do imaginário social... uma forma ou expediente destinado a fazer a coletividade falar diretamente”.²⁰ Os discursos foram lidos para a identificação de expressões-chave, capazes de representar a essência do conteúdo discursivo para, a partir delas, obter as ideias centrais, ou seja, uma síntese dessas expressões. Após a análise de todas as entrevistas, reuniram-se as expressões-chave que correspondiam a uma ideia central, formando um discurso síntese. O Discurso do Sujeito Coletivo, relatado na primeira pessoa do singular, objetiva manifestar o pensamento da coletividade ou um grupo social, de forma lógica e coerente, com as expressões da população que se expôs sobre determinado tema, formando um discurso compartilhado entre os seus membros.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado

pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIIt) sob o protocolo nº 038/09.

RESULTADOS

Analisando as variáveis demográficas dos vinte indivíduos que concederam entrevista para a pesquisa, 16 eram do sexo feminino e quatro eram do sexo masculino. A idade entre os participantes variou de 27 a 78 anos, sendo 45 anos a média de idade. Quanto ao estado civil, entre as mulheres, eram seis casadas, quatro solteiras, três viúvas, duas separadas e uma apresentava união estável. Entre os homens, dois eram casados, um solteiro e um divorciado. Das três mulheres que apresentavam idade acima de 65 anos, as três eram viúvas e disseram ter cursado apenas o Primário. Com relação ao nível educacional, 5% disseram ter o primário incompleto, 15% concluíram o Primário, 35% disseram ter o Ensino Fundamental incompleto e 10% o Ensino Fundamental completo, 10% o Ensino Médio incompleto e 5% completo, 5% apresentavam nível técnico e 15% concluíram o nível superior. Quanto à ocupação, 20% se dedicavam ao trabalho da casa, 15% eram aposentados e os demais trabalhavam fora para ajudar ou manter a despesa própria ou da família. Quanto à posição que os entrevistados ocupam na família, 40% correspondiam à/ao chefe da família, 45% se diziam esposa ou companheira do chefe da família e 15% estavam na posição de filho(a). Mulheres responsáveis pela unidade doméstica corresponderam a 75% dos entrevistados enquadrados nessa posição familiar. O número de componentes das famílias variou de um a oito. A renda mensal da família teve como valor mínimo um salário inferior ao salário mínimo vigente no período da pesquisa, e, como valor máximo, o correspondente a dez salários mínimos e como média dos salários um valor em torno de três salários mínimos.

Após a transcrição e análise das entrevistas cedidas pelos sujeitos da pesquisa, ao serem questionados sobre o significado de saúde, as expressões-chave foram agrupadas nas seguintes ideias centrais: amplo e abstrato, autonomia para viver o cotidiano, ausência de doença, promoção/prevenção de saúde, bem-estar social e ou espiritual e bem estar físico e ou mental, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Ideia central e o discurso do sujeito coletivo de 20 clientes adscritos à ESF, em resposta à pergunta: " O que é saúde? Por quê?"

Ideia central 1	Discurso do sujeito coletivo 1
<p>Amplio e abstrato</p>	<p><i>Saúde é uma coisa principal na vida né. Tendo saúde tem tudo né, o resto a gente dá jeito. Saúde é tudo na vida, na sua família, na sua vida é tudo. A fonte de tudo é a saúde, sem a saúde a gente não é nada.</i></p> <p><i>Saúde é muito importante, isso que eu acho, porque sem a saúde a gente não tem condições né, muito importante a saúde.</i></p>
Ideia central 2	Discurso do sujeito coletivo 2
<p>Autonomia para viver o cotidiano</p>	<p><i>Ter saúde é você estar se sentindo bem né, diariamente, tá bem pra ir trabalhar, pra fazer um exercício, uma atividade e tá bem disposto né, diariamente. A pessoa é disponível pra sair na rua, fazer o que ela depende né.</i></p> <p><i>Eu me sinto com saúde porque eu tenho disposição pra andar, pra trabalhar. Vida assim disposta, alegre, trabalhar né, numa boa assim, papear.</i></p>
Ideia central 3	Discurso do sujeito coletivo 3
<p>Ausência de doença</p>	<p><i>Ah, é não ter problema nenhum. Vivendo sem essas pressão alta, sem dor, sem nada. Não precisar ficar tomando remédio, não precisar tá indo sempre no médico.</i></p> <p><i>Não apresentar nenhum sintoma de doença.</i></p>
Ideia central 4	Discurso do sujeito coletivo 4
<p>Promoção/prevenção da saúde</p>	<p><i>Ter saúde é ter qualidade de vida né. Uma boa alimentação, é uma educação alimentar, é física, praticar exercício, não ser sedentário, porque é um meio de prevenção, pra evitar doença. Uma boa noite de sono, não beber, não fumar. Saúde é viver bem, ter cuidado com o próprio corpo é assim fundamental, desde o início é melhor prevenir do que remediar.</i></p> <p><i>Ah saúde é cuidar bem né, alimentação, é caminhar, tudo isso implica em uma boa saúde. Tomar todos os cuidados que a gente tem que ter.</i></p>
Ideia central 5	Discurso do sujeito coletivo 5
<p>Bem-estar social e ou espiritual</p>	<p><i>Saúde pra mim é o que ter, bastante saúde, ter paz, se alimentar.</i></p> <p><i>Ah, saúde é você tá bem né, viver bem, comer bem, se alimentar muito bem. Uma vida melhor né, ter uma vida digna, pessoas que tem conhecimento de coisas que podem melhorar na vida da gente, em casa assim.</i></p> <p><i>Ah, saúde é quando a gente tá bem né, a gente sente bem tá tudo bem. Ter saúde é ser uma pessoa alegre né, ter prazer na vida. É você se sentir bom né, alegria, porque se não tem saúde não tem nada.</i></p>
Ideia central 6	Discurso do sujeito coletivo 6
<p>Bem-estar físico e ou mental</p>	<p><i>Ter uma boa saúde mental, a maioria das doenças são psicológicas.</i></p> <p><i>Ter um corpo são, assim, tanto bem estar físico como mental né, questão de prece e tá assim né, no geral com um bem estar físico.</i></p>

Fonte: dados da pesquisa.

Quando questionados sobre o significado de doença, os discursos dos entrevistados, dispostos na Tabela 2, puderam ser agrupados nas seguintes ideias centrais:

subjetivo com valor negativo, evidência física de sinais e sintomas, doença grave, questões psicossociais, cuidado/tratamento e não cuidar da saúde.

Tabela 2 - Ideia central e o discurso do sujeito coletivo de 20 clientes adscritos à ESF, em resposta à pergunta: “O que é doença? Por quê?”

Ideia central 1	Discurso do sujeito coletivo 1
Subjetivo com valor negativo	<p><i>A doença é triste né, toda doença tem um problema. Tristeza, ah, destrói a nossa vida tudinho, porque a gente depende dela, da saúde uai.</i></p> <p><i>Ah é ruim, a gente fica triste, a gente não quer a doença, a gente quer a saúde. Eu sei que isso atrapalha bastante né.</i></p> <p><i>Doença é terrível, não gosto da doença não. É tudo de tristeza né, é doença, é coisa chata.</i></p>
Ideia central 2	Discurso do sujeito coletivo 2
Evidência física de sinais e sintomas	<p><i>Ter doença é, por exemplo, ter problema no estômago né, uma úlcera, é uma... aquela flebite na perna, é qualquer uma dor de cabeça, assim na vida inteira.</i></p> <p><i>Doença é o mau funcionamento do organismo. Qualquer coisa que chega a interferir esse equilíbrio, desde uma dor muscular pra mim eu acho que já é uma doença.</i></p> <p><i>Pessoa fica triste né, fica abatido, não tem disposição pra trabalhar, pra passear, não tem disposição pra nada né, só quer ficar parado, sentindo qualquer problema é doença.</i></p>
Ideia central 3	Discurso do sujeito coletivo 3
Doença grave	<p><i>É difícil a gente ficar doente, só nalgum resfriado, essas coisas, mas assim, doença a gente não tem não. Igual eu falei, uma dor de cabeça ou uma dor no corpo que você tenha, não é assim uma doença né. Na minha visão é como meu primo que tem o HIV ficou, o meu pai que morreu de câncer, então eu acho que na minha visão é isso, do jeito que eu via antes e vi depois.</i></p> <p><i>Só se tiver morrendo mesmo, um câncer, uma AIDS, aí eu acho que é uma doença que não tem jeito mais. Doença é caso mais sério né, porque eu já submeti a três ponte safena [...] é uma operação de alto risco, então isso aí é uma doença né, cardiovascular.</i></p> <p><i>Doença é uma pessoa que vive batendo sempre a mesma tecla, por exemplo, uma esquizofrenia é doença, AIDS é uma doença, câncer é uma doença.</i></p>
Ideia central 4	Discurso do sujeito coletivo 4
Questões psicossociais	<p><i>É, tem medo de tudo né, às vezes, arma chuva já tem medo, escurece um pouquinho já tem medo, não fica de noite no escuro, essas coisas pra mim é doença.</i></p> <p><i>O preconceito é uma doença gravíssima né, o preconceito é coisa terrível.</i></p> <p><i>Desde que a pessoa não esteja bem consigo mesmo, que ela apresenta algum tipo de problema, já é doença.</i></p>
Ideia central 5	Discurso do sujeito coletivo 5
Cuidado/tratamento	<p><i>Esse problema de saúde né, eu só vivo bebendo remédio, se eu não beber remédio eu não durmo bem.</i></p> <p><i>Doença é quando você tem que tá tratando sempre, com acompanhamento médico, tomar aquele remédio que vai te ajudar né, a talvez curar ou pelo menos estagnar uma doença que você tenha.</i></p>
Ideia central 6	Discurso do sujeito coletivo 6
Não cuidar da saúde	<p><i>Não ter uma vida regrada, uma alimentação saudável, ser sedentário, não praticar exercício físico.</i></p> <p><i>Doença é pessoa que não cuida da saúde, tá com problema não procura médico, não procura um doutor pra poder ver onde tá a enfermidade.</i></p>

Fonte: dados da pesquisa.

Como apresentadas na Tabela 3, as ideias centrais, obtidas em resposta a pergunta “Quais as vantagens com a implantação da ESF em seu bairro?”, foram: aquisição

de medicamento, atuação da equipe, recurso profissional, resolução, prevenção e empatia.

Tabela 3 - Ideia central e o discurso do sujeito coletivo de 20 clientes adscritos à ESF, em resposta à pergunta: “Quais as vantagens com a implantação da ESF em seu bairro?”

Ideia central 1	Discurso do sujeito coletivo 1
Aquisição de medicamento	<p><i>Deu um resultado bom sim, porque do remédio tem aqui. Acho muito vantajoso porque se a gente, às vezes, precisa de um remédio, uma pressão alta e você tá aqui pra vim ver.</i></p> <p><i>Teve porque eu pego remédio, me ajuda muito né, porque o que eu ganho é pouco, então o que eu pego aqui é muito importante, ajuda muito.</i></p>
Ideia central 2	Discurso do sujeito coletivo 2
Atuação da equipe	<p><i>[A agente comunitária] que atende na minha casa, ela vai lá, ela ajuda a gente marcar exame, marca consulta. Vai na casa da gente visitar, se tá doente, se não tá.</i></p> <p><i>Eles tendo o contato com a gente, sabendo, tendo o conhecimento do que a gente passa dentro de casa, que eles são dentro da casa da gente, então, nisso eles ajuda bastante, em relação à saúde mesmo, de encaixar a gente na hora certa.</i></p> <p><i>Tem as pessoas, vai na casa da gente, eles sondam o ambiente, tem muita gente que nunca foi num ginecologista, tem vergonha e não tá boa, essas [agentes] tão descobrindo essas pessoas. Se eu preciso deles, eu venho aqui, eles vão lá em casa. Porque daí a equipe de enfermagem visita né, agenda as consultas.</i></p> <p><i>Eu acho que os profissionais ficaram mais em contato com a população. Tem melhorado muito né, vai nas casas, procura saber como está. Demora um pouquinho pra atender, mas é mais fácil né, a pessoa procura eles, atende certinho.</i></p>
Ideia central 3	Discurso do sujeito coletivo 3
Recurso profissional	<p><i>Tem mais médico né, antes era mais difícil.</i></p>
Ideia central 4	Discurso do sujeito coletivo 4
Resolução	<p><i>O atendimento ficou mais fácil, ao invés da gente ir pro hospital central [...], a gente vem primeiro no PSF né, daqui se for necessário encaminha pro hospital, se não é resolvido aqui mesmo.</i></p> <p><i>Quando a gente precisa de algum remédio, uma consulta mais urgente, você não precisa ficar esperando na fila de um hospital. [...] a gente pode resolver aqui no postinho. Não tem mais aquele negócio de ficar enfrentando fila. Evita as pessoas aglomerar muito no posto né, você tendo a visita do PSF, você marca consulta, vê os remédios que tem necessidade.</i></p> <p><i>Ficou, assim, com acesso mais fácil com os médicos, o acesso mais aos especialistas também nos hospitais, os profissionais deram essa ponte pra agir melhor.</i></p>
Ideia central 5	Discurso do sujeito coletivo 5
Prevenção	<p><i>Eu participei bastante daqui, minha mãe também, e melhorou, a qualidade de vida, evitando várias doenças.</i></p>
Ideia central 6	Discurso do sujeito coletivo 5
Empatia	<p><i>As médicas daqui atendem muito bem, acho que são muito atenciosas.</i></p> <p><i>As meninas são muito prestativa né, muito educada com a gente.</i></p>

Fonte: dados da pesquisa.

As desvantagens relatadas após a implantação da ESF no bairro foram agrupadas nas ideias centrais de recurso profissional, mediação do agente, estrutura e não dispo-

nibilização de um serviço, conforme demonstradas na Tabela 4.

Tabela 4 - Ideia central e discurso do sujeito coletivo de 20 clientes adscritos à ESF, em resposta à pergunta: “Quais as desvantagens após a implantação da ESF em seu bairro?”

Ideia central 1	Discurso do sujeito coletivo 1
Recurso profissional	<i>Precisa mais de médico também. Precisa de uma ginecologista, de um dentista também.</i>
Ideia central 2	Discurso do sujeito coletivo 2
Mediação da agente	<i>Eu acho melhor que não fosse assim, você esperar uma [agente comunitária] que vai na casa da gente até que ela vai lá e marca, até que ela chega assim, e marca com a médica, aí já marca pra um tanto de dia, eu acho mais difícil.</i>
Ideia central 3	Discurso do sujeito coletivo 3
Estrutura	<i>A única desvantagem que tem, que eu acho, é que não tem postinho certo, precisa muda pra cá muda pra lá, apertado.</i>
Ideia central 4	Discurso do sujeito coletivo 4
Não disponibilização de um serviço	<i>Talvez o ciclo de vacinação que passou pro posto do Mercado.</i>

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Analisando os dados sociodemográficos, nota-se que houve um menor procura de atendimento na unidade pela população masculina. Os homens tendem a procurar menos os serviços de saúde por questões que poderiam abalar a visão de masculinidade socialmente instituída, ou por medo da descoberta de uma doença grave ou por vergonha de expor o seu corpo.²¹

A média de idade dos usuários da ESF pode refletir uma faixa etária na qual as doenças crônicas já podem ter sido identificadas, como hipertensão e diabetes, condição que requer uma maior frequência às unidades de saúde; ou são os indivíduos que aderiram ao conceito de medicina preventiva, e fazem, portanto, consultas regulares.

A média do número de componentes da família foi de 3,4, bem próxima da média brasileira que é de 3,3.

Análise do Discurso do Sujeito Coletivo

Com base nos discursos do sujeito coletivo exposto na Tabela 1, o conceito sobre saúde apresentado na ideia central de amplo e abstrato, envolveu a representação da saúde como o ‘tudo’ em suas vidas, ou seja, a saúde é tida como objetivo de vida, mas o conteúdo desse objetivo não foi claramente explicitado, se é ausência de doença, como foi o relato de alguns ou se envolvia uma conceitualização de promoção da saúde.

A saúde vista como autonomia para viver o cotidiano pode representar indivíduos que valorizam um corpo produtivo seja para provisão de subsistência própria ou da família ou como recurso para a vida diária independente, um conceito que se mostrou bastante relevante entre idosos segundo Silva e Bessa.²²

O conceito de saúde como ausência de doença é colocado de forma reducionista e com caráter negativo, diante de outras definições de saúde que abrangem mais esferas do ser humano, biológica, psicológica e social. Tal visão pode ser um reflexo do modelo de assistência à saúde que enfatiza a dimensão curativista da doença.

Mesmo apresentando uma conceituação que remete ao cuidado, à prevenção, a ideia central que engloba as expressões sobre promoção/prevenção de saúde está ainda restrita, principalmente, a condições físicas. Entretanto a saúde pode ser apresentada de uma forma mais positiva, que abrange também as esferas psicológicas e sociais do indivíduo, ou acrescentar uma visão dinâmica, como a apresentada na Carta de Ottawa, que relata que: “Para atingirmos um estado de completo bem estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, e mudar e se adaptar ao meio. Saúde é, portanto, vista como recurso para a vida diária, não objetivo de vida. Saúde é um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas”^{23:5}

Em relação aos conceitos de bem estar social e/ou espiritual, este é resultado de uma paz, um estado de alegria e sensação de satisfação com os bens que possui e que contribuem para ter/manter a saúde, como uma boa alimentação.

Na ideia central 6, bem estar físico e mental contém a ideia do psíquico como fator desencadeador de grande parte das doenças, de somatização, ou seja, a saúde é resultado da integridade mental que é capaz de refletir-se sobre a saúde física. Remete à ideia de “*mens sana in corpore sano*”, disse uma vez o poeta Juvenal.

A expressão ‘qualidade de vida’ foi citada em mais de um discurso e, segundo a Organização Mundial de saúde, refere-se à percepção que cada um tem sobre sua posição na vida,²⁴ sendo, portanto, fruto das experiências individuais.

Os discursos a respeito dos significados atribuídos ao termo doença, dispostos na Tabela 2, podem ser separados em três grandes grupos: doença (*illness*), enfermidade (*disease*) e *sickness*. *Disease* representa as alterações biológicas da doença, segundo características biomédicas. *Illness* é a experiência individual ou coletiva, a concepção subjetiva do adoecer que reflete na forma de pensar e agir. E *sickness* é a junção dos dois conceitos anteriores, em que a doença é tida como uma desordem, dentro de um sentido genérico, em relação às esferas macrosociais.^{22, 25, 26}

Podem-se identificar tais grupos com a ideias centrais apresentadas pela população estudada: a ideia central 1 se enquadra no conceito de *illness*, sendo que nela o principal sentimento do sujeito que se destaca é o de tristeza. As ideias 2 e 3 representam o conceito de *disease*, pois o paciente só percebe a doença por meio de sinais e sintomas e, quanto mais intensos, maior a confirmação da presença de uma doença. Dentro do conceito de *sickness*, pode ser enquadrada a ideia central 4, na qual se vê a grande influência do meio na vida e da sociedade nas ideias do indivíduo.

As ideias de cuidado/tratamento [da doença] e a de não cuidar da saúde se contrapõem. Depara-se com duas visões antagônicas sobre o processo saúde-doença, como se fosse uma relação de causa-consequência, um não tomando as devidas providências e o outro corrigindo o que não fez a tempo. Mas, por trata-se de indivíduos diferentes, as opiniões podem refletir o estado atual de saúde dos indivíduos, o que busca preservar a saúde e o que busca restabelecê-la.

Ao serem questionados a respeito das vantagens obtidas com a implantação da ESF, Tabela 3, vale ressaltar a alusão que a ideia de aquisição de medicamento faz ao modo de assistência centrado apenas na doença.

A atuação da equipe foi bem representada, principalmente pelas visitas domiciliares dos agentes comunitários (ACs). Pode-se perceber que os usuários se encontram satisfeitos com a atenção dada pelos ACs e, com isso, colaboram para que a equipe possa estar informada das maneiras características da comunidade de pensar e agir frente à saúde ou à doença. A partir da integração desse conhecimento, a equipe pode traçar estratégias de atuação para garantir a efetividade do programa, adaptando suas ações de acordo com o perfil da comunidade.

Ao referir à melhora de recurso profissional, como a presença de mais médico, é possível que essa percepção se deva à disponibilidade integral do médico de família na unidade.

As ideias de resolução e prevenção satisfazem o que se propôs com a implantação das ESFs e mostrou o reconhecimento, pela comunidade, dos serviços prestados pela equipe. Pode-se perceber que muitos indivíduos já têm a percepção de que a ESF é a porta de entrada ao serviço de saúde.

E a empatia é algo importante tanto em uma relação médico-paciente quanto na relação equipe-paciente para gerar confiabilidade e adesão dos clientes às orientações ou a qualquer outra conduta que a equipe julgue necessária.²⁷

Na Tabela 4, foram expostos os discursos referentes às desvantagens que os sujeitos encontraram após a implantação da ESF no seu bairro. Pode-se notar que o recurso profissional requerido pelo sujeito coletivo 1 não leva em consideração a proposta da Estratégia Saúde da Família, em que um médico atenderia todas as famílias adscrita àquela ESF, dentro de sua especialidade como médico de família. A ESF pode contar com o atendimento de um dentista, mas esse serviço ainda não está disponibilizado na unidade desta ESF.

A dificuldade encontrada após a implantação da ESF que conta com a mediação dos agentes comunitários pode representar uma experiência particular, visto que essa me-

dição foi um tópico bastante citado como vantagem.

A estrutura do posto, como localização, tamanho do espaço interno e acomodação dos clientes do serviço foram citados como desvantagem e também como algo que deve ser melhorado para que a população seja mais bem acolhida.

Sobre a não disponibilização do serviço de vacinação, esse seria um serviço que poderia ser disponibilizado para aquela população, porém não é oferecido por falta de espaço para acomodação e condicionamento dos materiais necessários.

CONCLUSÃO

No presente estudo, foi constatado que a ideia preventiva e de promoção de saúde já faz parte da concepção de saúde de alguns indivíduos, mas pode-se ver que, para outros, a concepção de doença está relacionada a sinais e sintomas e doenças debilitantes. Para esses indivíduos, devem ser desenvolvidos projetos, como campanhas e palestras que visem esclarecer que muitas doenças potencialmente graves podem, em sua fase inicial, não apresentar sinais e sintomas. Daí a necessidade de adesão a consultas e exames sejam eles físicos e/ou complementares para o diagnóstico precoce e, sendo o paciente bem orientado, este irá aderir a um tratamento, que é necessário, mesmo que ele não sinta nada.

Pensando na atuação da equipe para alcançar essa mudança de conceitos por parte da população, apresentaram-se, como ponto favorável, os resultados de interação da equipe com a comunidade, nos quais se veem uma efetividade de atuação, esclarecimento e adesão, pelo menos conceitualmente, de como promover a saúde. Por outro lado, mais pessoas que se encontram marginalizadas devem ser esclarecidas sobre os conceitos atuais de saúde e doença, muito mais abrangentes e mantenedores da integridade biopsicossocial dos indivíduos.

A maneira simplista de conceituar saúde e doença referidas como tudo ou nada, alegria ou tristeza pode ser resultado da influência de experiências socioculturais, que envolvem pessoas que ainda devem ter seus conceitos trabalhados pela equipe.

Aqueles que veem a unidade de atendimento como meio apenas para adquirir seu medicamento estão priorizando um auxílio econômico e não demonstram conhecimento de que se houvesse tido a prevenção e controle com medidas não medicamentosas, o benefício seria maior por não terem desenvolvido uma doença que requer tratamento.

A interação da equipe com a população favorece uma liberdade de atuação daquela, pois, a partir dessa proximidade,

a equipe fica ciente da condição de vida da comunidade, e a população, confiando mais no trabalhador, acata melhor as orientações de prevenção e adere com mais regularidade ao tratamento.

Diante desses dados, as equipes de saúde da família podem ter uma ideia dos conceitos que norteiam as atitudes dos indivíduos frente a um estado de saúde ou doença e, a partir deles, desenvolver programas que visem à prevenção, tratamento, mudança de comportamento, resolução de problemas e mobilização de políticas públicas em prol da qualidade de vida da população, melhorando os índices de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Marcondes WB. A convergência de referências na Promoção da Saúde. *Saude Soc.* 2004 jan./abr.;13(1):5-13.
2. Witter NA. Curar como Arte e Ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre saúde, doença e cura. *Tempo.* 2005 jul.;10(19):13-25.
3. Kreutz I, Gaiva MAMG, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. *Texto Contexto Enferm.* 2006 jan./mar.;15(1):89-97.
4. Gomes AMA, Paiva ES, Valdés MTM, Frota MA, Albuquerque CM. Fenomenologia, humanização e Promoção da Saúde: uma proposta de articulação. *Saúde Soc.* 2008 jan./mar.;17(1):143-52.
5. Lacaz FAC. O sujeito n(d)a saúde coletiva e pós-modernismo. *Cienc Saúde Coletiva.* 2001;6(1):233-42.
6. Gomes LOS, Aguiar MGG. Programa de Saúde da Família: um espaço para a reconstrução das representações sociais do processo saúde-doença? *Rev Bras Enferm.* 2006 set./out.;59(5):614-9.
7. Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde Soc.* 2004 jan./abr.;13(1):14-24.
8. Lefevre F, Lefevre AMC. Saúde como Negação da Negação: uma perspectiva dialética. *Physis.* 2007 jan./abr.;17(1):15-28.
9. Lefevre F, Lefevre AMC. Saúde, Empoderamento e Triangulação. *Saúde Soc.* 2004 mai./ago.;13(2):32-8.

10. Nunes ED. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. *Cienc Saúde Coletiva*. 2000;5(2):251-64.
11. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde Soc*. 2002 jan./jul.;11(1):67-84.
12. Oliveira MAC, Egry EY. A historicidade das teorias interpretativas do processo Saúde-Doença. *Rev Esc Enferm USP*. 2000 mar.;34(1):9-15.
13. Crevelim MA, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Cienc Saúde Coletiva*. 2005;10(2):323-31.
14. Caprara A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cad Saúde Pública*. 2003 jul./ago. 19(4):923-31.
15. Fernandes RCP. Uma leitura sobre a perspectiva Etnoepidemiológica. *Cienc Saúde Coletiva*. 2003;8(3):765-74.
16. Melleiro MM, Gualda DMR. A abordagem fotoetnográfica na avaliação de serviços de saúde e de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2006 jan./mar.;15(1): 82-8.
17. Favoreto CAO, Cabral CC. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2009 jan./mar.;13(28):7-18.
18. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm*. 2006 abr./jun.;15(2):352-8.
19. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública*. 2011 fev.;27(2):389-94.
20. Lefevre F, Lefevre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. *Caxias do Sul: Educ*; 2003. 256p.
21. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(3):565-74.
22. Silva MJ, Bessa MEP. Conceitos de saúde e doença segundo a óptica dos idosos de baixa renda. *Ciencia y Enfermaria*. 2008;14(1):23-31.
23. WHO - World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Canada: WHO; 1986.
24. WHO - World Health Organization. *Health Promotion Glossary*. Geneve: WHO; 1998.
25. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saúde Pública*. 1994 out./dez.; 10(4):497-504.
26. Coelho MTAD, Almeida Filho N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *Hist Cienc Saúde-Manguinhos*. 2002 maio/ago.;9(2):315-33.
27. Pinto JA, Silva KM, Sechinato MS, Figueiredo MGM-CA. A relação médico-paciente segundo a perspectiva do paciente. *Rev Cienc Saúde*. 2012jul.;2(3):17:27.

Submissão: setembro/2012

Aprovação: março/2013
