

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA - NESC

REPRESENTAÇÕES

A perspectiva do usuário no diálogo entre saberes e práticas do cuidado
em saúde

TELMA MARIA A. GONÇALVES DE MELO

Dissertação apresentada como requisito
parcial à obtenção do título de Mestre
em Saúde no Curso de Pós-Graduação
stricto sensu em
Saúde Coletiva/CPqAM/FIOCRUZ/MS,
sob a orientação da professora doutora
Constança Clara Simões Barbosa.

Recife -2000

COMIDA

Bebida é água.
Comida é pasto.
Você tem sede de que?
Você tem fome de que?
A gente não quer só comida,
A gente quer comida diversão e arte.
A gente não quer só comida,
A gente quer saída para qualquer parte.
A gente não quer só comida,
A gente quer bebida, diversão, balé.
A gente quer a vida como a vida quer.

Bebida é água.
Comida é pasto.
Você tem sede de que?
Você tem fome de que?
A gente não quer só comer,
A gente quer comer e quer fazer amor.
A gente não quer só comer,
A gente quer prazer para aliviar a dor.
A gente não quer só dinheiro,
A gente quer dinheiro e felicidade.
A gente não quer só dinheiro,
A gente quer inteiro e não pela metade.
Bebida é água.
Comida é pasto.
Você tem sede de que?
Você tem fome de que?

ARNALDO ANTUNES / MARCELO FROMER/ SÉRGIO BRITO

M528d Melo, Telma Maria A. Gonçalves.

Representações: a perspectiva do usuário no diálogo entre saberes e práticas de produção do cuidado em saúde. / Telma Maria A. Gonçalves Melo, orientadora: Constança Clara Simões Barbosa. _ Recife, 2000.

139 p. : il. graf.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz-NESC/CPqAM/FIOCRUZ.

Inclui bibliografia e anexos.

LISTA DE ABREVIATURAS

PSC (PROGRAMA DE SAÚDE EM CASA)

PSF (PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA)

SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE)

NOB (NORMA OPERACIONAL BÁSICA)

ACS (AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE)

SEPLAMA (SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E MEIO AMBIENTE)

PACS (PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE)

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE)

OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE)

IPEA (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA)

RESUMO

A pesquisa teve por objetivo apreender as representações dos usuários da comunidade Nossa Senhora da Conceição situada em Moreno, Estado de Pernambuco, sobre os cuidados em saúde e a partir dessas, analisar as consonâncias e dissonâncias existentes em relação à dimensão cuidadora que perpassa o modelo técnico-assistencial adotado no Município, oferecendo subsídios para avaliação e planejamento de saúde do sistema oficial.

Tivemos como pressuposto que as necessidades dos usuários em relação ao cuidado em saúde são apenas parcialmente atendidas no planejamento, gestão e na assistência. Isso pode ser compreendido pela ausência da discussão sobre o potencial constitutivo das representações desses para a conformação das práticas assistenciais de saúde, ainda que isso ocorra de forma não-organizada e 'invisível'. E ainda que, através da prática assistencial prestada aos usuários, podemos abstrair a forma como a dimensão cuidadora é tratada na formulação e implementação do modelo técnico-assistencial de saúde.

A gestão e assistência realizadas no nível local atuam no cotidiano da população e como tal mostram-se como espaços privilegiados para lidar com as singularidades próprias ao humano ainda pouco consideradas no setor saúde.

No marco teórico-conceitual abordamos as racionalidades envoltas nos saberes e práticas de saúde, as representações, referentes aos cuidados em saúde na perspectiva técnico-científica e do senso-comum, a dimensão cuidadora que perpassa os modelos técnicos-assistenciais de saúde e uma perspectiva de avaliação para tais modelos e práticas.

Na discussão metodológica assumimos a abordagem qualitativa por considerá-la a mais adequada para a apreensão do objeto proposto, uma vez que o mesmo situa-se no plano das representações dos usuários.

Quanto aos resultados identificamos, na realidade estudada, que os saberes-práticas-poder do senso-comum e o técnico-científico permanecem andando em paralelo. Ainda que o atendimento seja considerado humanizado, na perspectiva dos usuários, o diálogo entre esses saberes ainda se mostra como algo a ser construído na assistência, caso contrário permanecerão invisíveis as estratégias adotadas pelo senso-comum para fazer valer sua própria racionalidade, atuando como algo a ser exorcizado na perspectiva técnico-científica e não como impulsionador de uma relação dialógica.

PALAVRAS-CHAVES: representações sociais, cuidados em saúde, avaliação.

ABSTRACT

The Survey had the purpose of analyzing the representations of the users of the community of Nossa Senhora da Conceição, in the city of Moreno in the state of Pernambuco, in the Northeast of Brazil, linked to the health care dimension of the techno-assistant model, aiming to offer subsidies to the evaluation and planning of the municipality.

The study assumed that the needs of the users, referring to health care are only partially reached considering the planning administration and assistance, since the guide lines of these actions do not consider the potential of their representations for influencing the form of health assistance practices, even on a non-organized and invisible way.

The local level of administration and assistance acts on people's daily life and seems to be a privileged space to deal with the human singularities still little.

In the Theoretical-Conceptual mark, we approached the rationalities related to the different kinds of knowledge and health practices, the representations related to the health-disease process in the techno-scientific and common-sense, the careful dimension of techno-assistant model and a perspective of evaluation of such models and practices.

In the methodological discussion it has been defined the qualitative approach as the most suitable for the proposed object of study, once it is situated on the plan of the representations of the users.

Concerning the results, it was identified that, in the reality studied, a the different kinds of knowledge, practices and power of the common-sense and these of the techno-scientific model keep walking side by side. Even if the attendance is considered civilized from the perspective of the users, it was shown that the dialog between these different kinds of knowledge still needs to be otherwise, the strategies adopted by the common-sense to guarantee its rationality will remain invisible, acting as something that must be exorcized, from the techno-scientific perspective, and not as a stimulant of a dialogic relationship.

KEY WORDS: Social representations, "health care", evaluation.

SUMÁRIO

<i>APRESENTAÇÃO</i>	<i>x</i>
CAPÍTULO I	1
1.0. O CAMINHO DO PENSAMENTO	2
1.1. INTRODUÇÃO	2
1.2. OBJETIVOS	6
1.2.1. GERAL	6
APREENDER AS REPRESENTAÇÕES DOS USUÁRIOS DA COMUNIDADE NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS EM SAÚDE E A PARTIR DESSAS, ANALISAR AS CONSONÂNCIAS E DISSONÂNCIAS EXISTENTES EM RELAÇÃO À DIMENSÃO CUIDADORA QUE	6
PERPASSA O MODELO TÉCNICO-ASSISTENCIAL ADOTADO NO MUNICÍPIO, OFERECENDO SUBSÍDIOS PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DE SAÚDE DO SISTEMA OFICIAL.	6
1.2.2. ESPECÍFICOS	6
1.3. AS CATEGORIAS TEÓRICAS	6
1.3.1. A RACIONALIDADE CIENTÍFICA MODERNA SUSTENTANDO PRÁTICAS	6
1.3.2. AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	10
<i>1.3.2.1. Abordando o conceito de representações sociais</i>	<i>10</i>
<i>1.3.2.3. As representações sociais do processo saúde-doença de natureza técnico-científica e do senso comum</i>	<i>17</i>
1.3.3. A DIMENSÃO CUIDADORA NOS MODELOS TÉCNICOS-ASSISTENCIAIS DE SAÚDE ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.	
1.3.4. DISCUSSÃO SOBRE O PROCESSO AVALIATIVO DA DIMENSÃO CUIDADORA NO SETOR SAÚDE	43
1.3.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
1.4. A METODOLOGIA	53
1.4.1. O OBJETO DE ESTUDO E A METODOLOGIA	55
1.4.2. AS TÉCNICAS E OS INSTRUMENTOS	56
<i>1.4.2.1. A entrevista</i>	<i>56</i>
<i>1.4.2.2. A observação participante</i>	<i>57</i>
<i>1.4.2.3. A análise documental</i>	<i>58</i>
1.4.3. OS INFORMANTES	59
<i>1.4.3.1. O Município</i>	<i>59</i>
<i>1.4.3.2. A comunidade</i>	<i>59</i>
<i>1.4.3.3. Os usuários</i>	<i>60</i>
1.4.4. ANÁLISE DO MATERIAL	62
CAPÍTULO II	64
2.0. O CENÁRIO	65
2.1. UM PANORAMA: ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS, HISTÓRICOS, CULTURAIS E DE SAÚDE DE MORENO	66
2.1.1. UM BREVE PERFIL DA COMUNIDADE NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	68
2.2. UM OLHAR SOBRE A DIMENSÃO CUIDADORA DO MODELO TÉCNICO-ASSISTENCIAL DE MORENO	69
2.3. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A DIMENSÃO CUIDADORA DO MODELO TÉCNICO ASSISTENCIAL ADOTADO EM MORENO	73
CAPÍTULO III	75

3.0. RESULTADOS	75
3.1. OS CUIDADOS EM SAÚDE	76
3.1.1. AS ESTRATÉGIAS ADOTADAS PARA PRESERVAR A SAÚDE	76
3.1.1.1. <i>Cuidados com a saúde advindos dos saberes-práticas do senso comum</i>	76
3.1.1.2. <i>Cuidados com a saúde advindos do saberes-práticas técnico-científico</i>	78
3.1.2. ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO	78
3.1.2.1. <i>Doenças a serem tratadas com os recursos advindos do saber-prática do senso comum</i>	78
3.1.2.2. <i>Doenças a serem tratadas com os recursos advindos do saberes-práticas técnicos-científicos</i>	79
3.1.2.3. <i>Crterios para identificação do tratamento a ser adotado</i>	79
3.1.2.4. <i>Terapêutica popular</i>	80
3.1.3. FACILITADORES PARA A CURA	81
3.1.3.1. <i>Os facilitadores da cura advindos dos saberes práticas do senso comum</i>	81
3.1.3.2. <i>Facilitadores da cura advindos dos saberes-práticas técnico-científicos</i>	82
3.2. AS REPRESENTAÇÕES DOS USUÁRIOS FRENTE AO PSC E A DIMENSÃO CUIDADORA DO MODELO TÉCNICO-ASSISTENCIAL DE SAÚDE DE MORENO	82
3.2.1. OS USUÁRIOS E SUA RELAÇÃO COM O PSC	83
3.2.1.1. <i>Os usuários alvo das ações do PSC</i>	83
3.2.1.2. <i>Os adolescentes e adultos que não estão como alvo central das ações do PSC</i>	83
3.2.1.3. <i>Os usuários que necessitam de assistência especializada</i>	84
3.2.2. ESTRATÉGIAS DE PROCURA OU DISTANCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	84
3.2.2.1. <i>Elementos que aproximam os usuários em relação ao PSC</i>	85
3.2.2.2. <i>Aspectos dificultadores da relação dos usuários com o PSC</i>	86
3.2.2.3. <i>Dificuldades identificadas quando surge a necessidade de procurar os serviços fora da comunidade</i>	87
3.2.2.4. <i>Hierarquia da procura dos serviços de saúde</i>	87
3.3. O DIÁLOGO ENTRE OS SABERES-PRÁTICAS-PODER DO SENSO-COMUM E TÉCNICO-CIENTÍFICO	88
3.3.1. OS ELEMENTOS ESSENCIAIS DE UMA CONSULTA	89
3.3.1.1. <i>A conversa</i>	89
3.3.1.2. <i>O exame</i>	90
3.3.1.3. <i>O medicamento</i>	90
3.3.1.4. <i>Justificativas para a necessidade da consulta abranger a conversa, o exame e o medicamento</i> .	91
3.3.1.5. <i>Sentimentos e reações despertadas a partir das consultas consideradas satisfatórias ou insatisfatórias</i>	91
3.3.2. OS CONHECIMENTOS E PRÁTICAS INTERCAMBIADAS ENTRE O SENSO-COMUM E EQUIPE DE SAÚDE .	93
3.3.2.1. <i>O modo como os usuários manejam as informações advindas do campo técnico-científico</i>	94
3.3.2.2. <i>Aspectos conflitivos na comunicação entre os saberes-práticas do senso comum e técnico-científico</i>	94
3.3.2.3. <i>Identificando o desejo da incorporação dos recursos do senso-comum nos serviços e ações dos serviços oficiais de saúde</i>	96
CAPÍTULO IV	97
4.0. DISCUSSÃO	97
4.1. OS USUÁRIOS E SEU SISTEMA DE AVALIAÇÃO, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE	98
4.2. O DIÁLOGO ENTRE OS SABERES-PRÁTICA-PODER DOS USUÁRIOS E OS TÉCNICO-CIENTÍFICO	101
4.3. O DIÁLOGO DOS USUÁRIOS COM A DIMENSÃO CUIDADORA DO MODELO TÉCNICO-ASSISTENCIAL DE MORENO	106
CAPÍTULO V	109
5.0. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	109

5.1. CONCLUSÕES	109
5.2. RECOMENDAÇÕES	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
ANEXO	128

APRESENTAÇÃO

Quando nos aproximamos do tema representações dos usuários sobre os cuidados em saúde inerentes a um modelo técnico-assistencial de saúde, a motivação básica era abstrair algo da ordem do não dito, na intuição de que algo estava fora do lugar.

Como poderiam os planejamentos e as gestões, coerentes com os princípios e diretrizes do SUS, mesmo as propostas consideradas as que mais almejavam mudanças radicais nessa direção, apresentarem tão pouca aproximação com os aspectos intersubjetivos que envolvem o cuidado com a saúde?

A intenção da pesquisa estava ainda restrita a analisar as demandas dos usuários e se estas estariam contempladas nos serviços e ações oficiais de saúde, campo esse ainda pouco explorado.

Com o aprofundamento teórico, mas indiscutivelmente no contato com os sujeito-usuários que foram nossos informantes, a viagem mudou de rota, e não poderia ter sido diferente, pois um mundo cheio de racionalidade, desejos e intencionalidades abriu-se à nossa frente e nós resolvemos, apesar dos medos e inseguranças, nos aventurarmos nesses caminhos pouco conhecidos.

Caminhando e desvendando histórias, o que descobrimos foram sujeito-usuários com modos singulares de andar na vida, avaliando, planejando e gerindo as questões ligadas à saúde, a partir de seus desejos e necessidades, utilizando para isso, os recursos existentes, sejam os advindos do senso comum, sejam de natureza técnico-científica.

Veio, então, a constatação de que, o senso comum, expresso em nossos informantes, pensa, age e faz valer as suas necessidades e desejos, assim, mesmo que a racionalidade científica ignore, ele é força viva e concreta, ainda que invisível e contraditória.

É para contar sobre essa viagem a um mundo bem “fantástico-real”, que convidamos os leitores a compartilhar e recriar conosco.

Iniciamos nosso itinerário, introduzindo o caminho do pensamento desenvolvido, com a definição do objeto e objetivos do estudo e, ainda, a sua fundamentação teórico-metodológica.

No segundo momento, fizemos o reconhecimento do campo de estudo, identificando, ainda que minimamente o contexto sócio-econômico-cultural, bem

como, no campo específico da saúde, um esboço também mínimo do quadro de morbi-mortalidade e do modelo técnico-assistencial de saúde adotado no município de Moreno, informações essas baseadas em dados quantitativos, uma vez que não haviam estudos de base qualitativa para nos subsidiar.

O terceiro capítulo representou o esforço realizado para abstrair as representações dos usuários em relação ao processo saúde-doença, à dimensão cuidadora do modelo técnico-assistencial de saúde desenvolvido em Moreno e ainda sobre o diálogo entre os saberes-práticas-poder do senso comum e técnico-científico.

No quarto capítulo, foi realizado um exercício de sintetizar os “achados” teórico-práticos, com certa coerência e validade.

Por fim, realizamos uma parada provisória, a que normalmente se chama conclusão, mas que, em nosso trabalho foi como chegar em algum lugar, poder mostrar as fotografias do percurso realizado, com a certeza de que novos caminhos e fotos virão, após evidentemente a retomada do fôlego.

Se o sintetizado no roteiro apresentado vai contribuir ou não para possíveis teorias e práticas, honestamente temos dúvidas, pois irá depender de vários fatores, inclusive da existência de uma inquietude compartilhada.

Ao menos, fica o registro de alguém que, ao viajar nas entrelinhas das práticas cotidianas de saúde, pôde vislumbrar uma diversidade infinita no modo de interpretar e lidar com a saúde em seus ou apesar dos contextos de vida.

Modos esses que sendo ou não considerados, estarão resistindo e/ou agindo sobre o sistema oficial de saúde e esse é o principal legado desse trabalho, chamar a atenção para os aspectos intersubjetivos que, continuamente, estão influenciando nas práticas cotidianas de saúde e que ainda hoje são bastante desconsideradas.

Acreditamos portanto que os avanços indiscutíveis advindos do desenvolvimento da técnico-ciência e do SUS, poderão ser potencializados a partir da incorporação dos referidos aspectos intersubjetivos implícitos em qualquer relação de cuidados em saúde.

CAPÍTULO I

*“O homem é um animal louco,
que por meio de tal loucura inventou a razão.*

*Sendo um animal louco,
ele naturalmente fez dessa sua invenção
- a razão - o instrumento e
a expressão mais metódica de sua loucura.*

*Isso nós podemos saber agora,
mas apenas porque ela foi inventada.”*

(Castoriadis, Apud Amarante, 1992, p. 12)

CAPÍTULO 1

1.0. O caminho do pensamento

Entendemos a metodologia como um conjunto de teorias, métodos e a criatividade do pesquisador, tal como nos refere Minayo (1993; 1994) os quais são apontados como essenciais para a produção de conhecimentos sobre a realidade. É sobre o nosso percurso metodológico que tratamos nesse espaço.

1.1. Introdução

A presente pesquisa transita na interseção entre diversos campos teóricos e práticos da saúde pública, tais como o Planejamento, Gerenciamento, Avaliação de Serviços e a Antropologia da Saúde, uma vez que se busca apreender as representações sociais dos usuários¹, residentes na Comunidade Nossa Senhora da Conceição, situada em Moreno Estado de Pernambuco, sobre os cuidados em saúde, refletindo sobre as consonâncias e dissonâncias identificadas em relação à dimensão cuidadora que perpassa o modelo técnico-assistencial² adotado no referido Município.

Gostaríamos de enfatizar, desde já, que no decorrer da discussão teórica do

¹ Para o objetivo desse estudo adotaremos provisoriamente o termo de 'usuário' por ser o mais utilizado na literatura da área de saúde, enfatizando, no entanto, a existência de uma ampla discussão em pauta sobre o termo mais adequado a ser utilizado no setor, onde tornou-se questionável o termo 'paciente'. Por 'usuário' estaremos compreendendo, o indivíduo dotado de várias dimensões, tais como a política-econômica, sócio-cultural, histórica, simbólica, emocional e místico-religiosa, com as quais relacionam-se com os serviços de saúde existentes e acessíveis. Para maior aproximação com o tema ver Cardoso & Cunha (1994), que propõem o termo 'cliente' como o mais adequado. Introduzimos ainda, em tal termo a compreensão de usuário enquanto sujeito, constituído de intencionalidade e que tenta fazer valer os seus interesses e necessidades Cecílio (1994).

² Entendemos como modelo técnico-assistencial a perspectiva adotada no planejamento, gestão, avaliação e assistência ao usuário quando este demanda uma ação de saúde, sem formular à princípio uma conceituação de tal termo, o que será feito a posteriori no decorrer da discussão das categorias teóricas. Gostaríamos de esclarecer que desejamos analisar a referida prática ao nível cotidiano e na perspectiva dos usuários. Tentando enfatizar as possibilidades ou impossibilidades de diálogos entre os saberes-práticas-poder do senso comum e da técnico-ciência. Em relação ao termo dimensão cuidadora estamos nos referindo ao modo como as chamadas "tecnologias leves" estão sendo desenvolvida na prática assistencial. Sobre a dimensão cuidadora estamos nos baseando em

presente trabalho, adotamos como representações sociais “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social... As representações sociais são modalidades de pensamento prático orientadas para a comunicação, a compreensão e o domínio do ambiente social, material e ideal...” (Jodelet apud Sá, 1993, p. 32).

O objeto aqui proposto pretende apreender representações sobre os cuidados em saúde dos usuários da comunidade Nossa Senhora da Conceição e, a partir dessas, analisar a dimensão cuidadora que perpassa a prática assistencial do Município, refletindo sobre a situação identificada.

O referido objeto parece ser fruto de um somatório de fatores, onde a nossa formação e a prática profissional contribuíram em grande parte, uma vez que, no decorrer de tais experiências, uma certa convicção pôde ser construída no sentido de compreender que a área da Saúde Pública extrapola os limites do setor saúde dizendo respeito a própria organização e relacionamento social; coincidindo com a visão de Possas apud Minayo (1994, p. 190) que afirma “não existe nenhuma alternativa de solução dos problemas de saúde da população brasileira que possa ser buscada apenas no interior do próprio setor saúde.”

Os conhecimentos acumulados nos campos da Saúde Mental vieram a contribuir para o desenvolvimento de uma atitude crítica e criativa que possibilitou um processo contínuo de revisão de teorias e práticas produzidas cotidianamente no âmbito mais geral da Saúde Pública (Rotelli, 1989; Della’Acqua & Mezzina, 1991; Cobisier, 1992; Amarante, 1994; Amarante & Giovanela, 1994). A Reforma Psiquiátrica brasileira, vem propondo uma revisão nos saberes e práticas da Psiquiatria, tendo como herança a experiência italiana, onde se destaca o nome de Franco Basaglia por suas idéias que, “transcendem as fronteiras epistemológicas da Saúde Mental... esta radicalidade é possível na medida em que o projeto de Franco Basaglia inscreve-se num empreendimento muito mais amplo de reflexões sobre a natureza e a função das ciências, dos saberes e dos técnicos, que vem sendo concebido no âmbito da filosofia das ciências e na noção de complexidade” (Amarante, 1992, p. 08).

À disciplina de ‘Métodos e Técnicas de Pesquisa’ realizada no primeiro ano

da Residência em Saúde Coletiva, somou-se uma série de reflexões que já vinham sendo amadurecidas até então, onde a questão das racionalidades norteadoras das teorias e práticas revelou-se como eixo central. Permaneceram, como inquietações latentes, questionamentos do tipo: será que diante da atual complexidade da sociedade, a busca de uma revisão ética das teorias e práticas cotidianas não seria um caminho, no mínimo, de sensatez, seja na Saúde Mental, no campo das Metodologias ou no corpo da Saúde Pública?

A nossa aproximação com o planejamento, gestão e implantação de ações, suscitou novos questionamentos, sobre possíveis formas de planejar que introduzissem em seu repertório a dimensão das representações dos usuários, pois acreditamos que alguns 'fracassos' na adesão desses à racionalidade do planejamento do setor saúde, ocorrem, também, devido ao fato das referidas representações serem apenas parcialmente consideradas.³

Por outro lado, a perspectiva do Município de Moreno alcançar a gestão plena do sistema dentro dos parâmetros da NOB(Brasil, 1996) e conseqüente autonomia para a construção de um modelo de gestão e assistência que privilegie o nível local, reforça a oportunidade de considerar as representações dos usuários sobre os cuidados em saúde implícitos no modelo técnico-assistencial, vislumbrando a construção de novas formas de relacionamento e assistência. Entendemos ainda que, através da prática assistencial prestada aos usuários, podemos abstrair a forma como a dimensão cuidadora é tratada na formulação e implementação do modelo técnico-assistencial de saúde.

Nossa perspectiva foi de observar as representações dos usuários do PSC, uma vez que os serviços e ações prestados por esse Programa são os mais próximos do cotidiano da população. Além disso, está prevista na concepção do PSC a mudança de paradigmas em relação às práticas clássicas de saúde, inclusive com ênfase na humanização e absorção da cultura popular, como veremos mais detalhadamente na discussão teórica desse trabalho.

A categoria teórica central de nossa pesquisa foram as representações sociais, ao lado de outros conceitos e noções, formando uma rede capaz de subsidiar a compreensão do objeto proposto. Dessa forma abordamos as questões

³ Sobre essa questão Minayo (1994, p. 96) afirma literalmente "A lógica que preside o uso do sistema público por esses seguimentos não é a mesma que rege a 'racionalidade' oficial.", para maior

ligadas à racionalidade científica, as quais sistematicamente vêm norteando as práticas científicas, as representações do senso comum e técnico-científica sobre o cuidado em saúde, a dimensão cuidadora que perpassa o modelo técnico-assistencial e uma perspectiva de avaliação da dimensão cuidadora no setor saúde.

Estivemos atentos, dentro dessa perspectiva, às possibilidades dos serviços e cuidados de saúde oficiais, em dialogar com os usuários, a partir de suas representações, considerando-os como “sujeitos”, agindo portanto, de acordo com seus conhecimentos, necessidades e experiências cotidianas, o que sistematicamente influi na conformação das práticas de saúde, entravando ou favorecendo a proposição técnica de boa organização do sistema de saúde.

Ao nosso ver, a incorporação da perspectiva do usuário nos referidos processos, em última instância, resultará na melhoria da qualidade no setor saúde, o que representa um objetivo do SUS com o processo de descentralização.

Se nos propomos a realizar tal estudo é porque acreditamos na viabilidade de considerar as representações dos usuários nos processos de planejamento, assistência e avaliação em saúde e que para isso é necessário atentar para algumas histórias do nosso cotidiano passíveis de serem desvendadas.

Na base desse estudo estiveram as seguintes questões norteadoras:

- Quais as representações dos usuários da comunidade Nossa Senhora da Conceição sobre os cuidados em saúde?

- Quais as representações dos usuários da comunidade Nossa Senhora da Conceição em relação à dimensão cuidadora que perpassa o modelo técnico-assistencial de saúde do Município?

- Quais as consonâncias e dissonâncias identificadas a partir da perspectiva dos usuários entre as suas representações e a dimensão cuidadora que perpassa o modelo técnico-assistencial de saúde implementado em Moreno?

1.2. Objetivos

1.2.1. Geral

Apreender as representações dos usuários da comunidade Nossa Senhora da Conceição em relação aos cuidados em saúde e a partir dessas, analisar as consonâncias e dissonâncias existentes em relação à dimensão cuidadora que perpassa o modelo técnico-assistencial adotado no Município, oferecendo subsídios para avaliação e planejamento de saúde do sistema oficial.

1.2.2. Específicos

1- Identificar o modelo técnico-assistencial de saúde oferecido em Moreno.

2- Apreender as representações dos usuários da comunidade Nossa Senhora da Conceição sobre os cuidados em saúde.

3- Abstrair as representações dos usuários da Nossa Senhora da Conceição sobre a dimensão cuidadora que perpassa o modelo técnico-assistencial de saúde desenvolvido em Moreno.

4- Apreender a incorporação dos saberes-práticas-poder dos usuários na assistência de saúde em Moreno.

5- Confrontar e analisar as consonâncias e/ou dissonâncias do funcionamento dos serviços/ações e práticas oferecidas em Moreno, com as representações dos usuários dos serviços de saúde residentes na comunidade Nossa Senhora da Conceição.

6- Oferecer subsídio para a avaliação e planejamento da prática assistencial de Moreno.

1.3. As categorias teóricas

1.3.1. A racionalidade científica moderna sustentando práticas

A ordem de complexidade do objeto desse estudo exige abordar uma série de questões que extrapolam a ordem do visível, do explícito, do corriqueiro ou mesmo consensual. No entanto, uma vez que, assumimos aqui a perspectiva de que essa é apenas uma versão de estudo, uma perspectiva de aproximação dos

fatos, a todo momento estaremos redefinindo nossa direcionalidade e os caminhos de análise por onde pretendemos seguir. Atentos para ambigüidades e conscientes do que nos coloca Castiel (1994, p. 14): “não há como escapar da incômoda constatação de que nossas apreensões (?) do real tendem a ser limitadas e delas só temos (quando muito) representações indiretas”.

A racionalidade científica moderna mostra-se uma questão importante por nortear saberes e práticas direta ou indiretamente, influenciando sobre o campo da Saúde Pública, e ainda por fornecer as bases para a compreensão de uma série de fenômenos envolvidos com o objeto desse estudo.

Parece haver um certo consenso na compreensão de que, com o Renascimento, criou-se a expectativa de que a humanidade sairia do estado de ignorância frente à natureza para, através da razão, conquistar a emancipação e liberdade humanas, pois ao mesmo tempo o homem superaria a superstição e o despotismo (Luz, 1988; Zaidan, 1991; Oliveira, 1993; Minayo, 1994; Passos, 1995).

Apesar de toda a expectativa criada com as possíveis ‘benesses’ da razão científica regendo um mundo em equilíbrio, o que se pôde observar, no entanto, foi uma ação voltada contra o próprio homem, uma vez que ele próprio se teria tornado objeto passível de dominação (Luz, 1988; Zaidan, 1991; Oliveira, 1993; Passos, 1995).

Segundo Luz (1988), o referido processo ocorre com a separação entre Deus, Homem e Natureza, onde o Homem herdeiro de Deus, passaria a controlar a natureza desdivinizada através da razão. Na realidade o que ocorreu, no entanto, foi que o ele próprio transformou-se em objeto de conhecimento e de modulação da ciência.

Ainda segundo a autora, a razão oscilou (na filosofia natural), dividindo-se entre “postulados da razão” e “postulados da experiência empírica”, respectivamente, como “princípio único ou absoluto do conhecimento” e como “critério único do estabelecimento de verdades” (Luz, 1988, p. 24).

A ruptura Natureza-Homem, enquanto campo de intervenção da razão, atribui estatuto de realidade a uma série sucessiva de dualidades, as quais não admitem sínteses ou novas dimensões. Dentre tais dualidades encontram-se, segundo a autora, as da matéria-espírito, objeto-sujeito, corpo-alma, sentidos-razão, organismo-mente, paixões-vontades, norteadas a tendência das “disciplinas

científicas” de reproduzirem em suas teorias dicotomias e dualidades (Luz, 1988, p. 25).

As referidas dicotomias mantêm-se apesar da redução que periodicamente ocorre entre os seus pólos, onde se estabelece provisoriamente um monismo epistemológico, teórico e metodológico nas ciências. Portanto, a ruptura ocorre com o que Luz (1988) chamou de “pan-racionalismo” que procede um estilhaçamento entre razão, paixão, sentimentos e vontades, onde a ruptura não se mostra como epistemológica, mas social e psicológica, já que passam a ser instituídas instâncias socialmente exclusivas para o exercício de cada um dos referidos “compartimentos”. É, através dessa compartimentalização, que o Homem, tal qual a natureza, passa a ser objeto da ciência, naturalizando-o e tornando-o objeto de intervenção, transformação e de modulação.

A racionalidade científica moderna, a partir do século XVIII, tem como marca a ciência, como meio único legítimo de obtenção de verdades. As demais formas de expressão humana, tais como as artes, a política, a moral, a filosofia e a religião serão consideradas como fontes “impuras” para a produção do conhecimento científico, já que envolvem a imaginação, sentimentos, sentidos e as paixões (Luz, 1988).

As ciências humanas têm sido influenciadas por essa racionalidade, a partir da herança das ciências naturais, fundadas no pensamento positivista, gerando o que Goldman apud Minayo (1994), denomina de “deformação científica”. Tal deformação se daria antes mesmo da tentativa de aplicação dos métodos e pressupostos das ciências naturais aos estudos das comunidades; localizando-se no fato de conceber a comunidade como ‘objeto’ de estudo, já que para o autor os seres humanos são mais que objetos de estudo, são sujeitos com os quais se age e se estabelece relação.

A racionalidade moderna constituiu-se como razão instrumental, na medida em que avançou na direção da ciência e da técnica, hipertrofiando seu lado prático; desse fato decorreu uma hegemonia da técnica, o que, em última análise, vem servindo para legitimar a manutenção do status quo, através de argumentos técnicos e científicos (Zaidan, 1991; Oliveira, 1993).

A racionalidade científica poderia, portanto, ser considerada como uma estrutura de explicação do Mundo, do Homem e da Natureza, baseada na razão

“depurada dos sentidos e dos sentimentos” (Luz, 1988, p. 25).

Esse modo de conceber a racionalidade, no entanto, não é dado como algo natural e imutável. Sabendo-se que em nossa realidade tudo se mostra dinâmico, histórico e dialeticamente construído, uma série de idéias e práticas parecem pôr em xeque, ainda que de forma não hegemônica, a suficiência da racionalidade científica moderna, dita funcional e positiva.

Os autores consultados, cada qual a partir de seu ângulo de análise, ângulos esses que não nos cabe analisar no momento, reclamam a totalidade, recomplexificação e pluralidade (Stengers apud Amarante, 1992), reconciliação com a Filosofia (Japiassu, 1975), consideração da síntese e reconciliação com a paixão (Luz, 1988), afirmação da singularidade (Castiel, 1994). Tudo isso através do que nomeiam/conceituam de “racionalidade substantiva”, “racionalidade comunicativa” (Habermans apud Passos, 1994), “paradigma ecológico” (Capra apud Castiel, 1994), “padrão paradigmático ético-estético, construtivista, elucidativo, sistêmico, e pós-empirista” (Castiel, 1994), “idéias de complexidade” (Stengers apud Amarante, 1992) ou ainda da “concepção holística” (Bosi, 1994).

Consideradas por um lado as bases de fragmentação e simplificação dos fenômenos naturais e humanos, fruto do modo como se deu a constituição da racionalidade científica moderna emerge a perspectiva de instaurar uma racionalidade que vislumbre a complexidade, o todo e suas singularidades, a síntese dos aspectos humanos nas ciências, se é que isso é possível, conforme questiona Japiassu (1975).

Estão dadas as bases, portanto, para a compreensão de que apesar da atual hegemonia da racionalidade clássica, no âmbito do planejamento e da assistência à saúde, existe um contramovimento que aponta para práticas baseadas em racionalidades integradoras que contemplem o indivíduo como ser dotado de ‘paixões’, as quais por mais incômodo que pareça, estão irremediavelmente imbricadas com a razão, mesmo que seja tida como ‘desrazão’.

É dentro dessa perspectiva que apontamos a necessidade de compreender o modo como as racionalidades que perpassam a prática assistencial e as representações dos usuários de saúde estão sendo intercambiadas. Tal compreensão, no entanto, apenas pode ser observada na vivência cotidiana de reconstituir/resignificar as racionalidades norteadoras das ações de saúde em nossa

sociedade.

1.3.2. As representações sociais

As representações sociais, aqui tomadas como um dos conceitos centrais de nossa rede conceitual, são identificadas de maneira diversa a partir da perspectiva teórica adotada pelos autores consultados, entre elas as Ciências Sociais e a Psicologia Social, existindo um leque enorme de elementos eleitos para serem abordados. (Sá, 1993; Minayo, 1994; Perrusi, 1995; Spink, 1995; Farr, 1995; Alves & Rabelo, 1998a, 1998b; Sá, 1998; Giust-Desprairies, 199-).

Nesse espaço não nos dispomos a realizar uma problematização exaustiva das diversas perspectivas teóricas, nem sobre os diversos elementos teórico-metodológicos que as cercam, situaremos, apenas, alguns elementos essenciais para a compreensão das citadas representações sociais e da perspectiva em que elas são tomadas no presente trabalho.

1.3.2.1. Abordando o conceito de representações sociais

Os elementos centrais das representações sociais e que estão envoltos em debates e controvérsias dizem respeito à influência exercida pelas idéias e/ou a base material sobre o pensamento e a ação social; o caráter transformador ou de conformismo do conhecimento do senso comum, bem como à sua validade ou não, ao seu caráter cognitivo e/ou afetivo e/ou prático e à sua expressão a partir do cotidiano e através da fala (Machado, 1990; Cardoso, 1993; Pereira, 1993; Sá, 1993; Minayo, 1994; Farr, 1995; Guareschi & Jovchelovitch, 1995; Perrusi, 1995; Spink, 1995; Minayo, 1998; Alves & Rabelo, 1998b; Bezerra, 1999). E são sobre esses aspectos que centramos nossa discussão.

Nas bibliografias consultadas, pudemos identificar que Durkheim foi o primeiro autor a abordar as representações coletivas, para diferenciá-las das representações individuais e compreendê-las como categorias de pensamento, por meio das quais determinada sociedade elabora e expressa sua realidade. Identificando, portanto, um caráter coercitivo do coletivo sobre os indivíduos, cabendo a esses conformar-se a uma realidade preexistente, a qual não teriam o

poder de impedir ou modificar (Pereira, 1993; Farr, 1995; Perrusi, 1995; Minayo, 1994).

São as seguintes as características das representações coletivas identificadas na obra do autor:

- nas representações coletivas umas mais que outras exercem coerção sobre os indivíduos para que os mesmos atuem em um determinado sentido, uma vez que existe uma relativa autonomia do substrato social,
- ao afirmar que a “sociedade pensa” o autor enfatiza o caráter coletivo das representações, mas tal fato não significa que elas sejam universais na consciência dos indivíduos,
- não existem “representações falsas”, uma vez que todas respondem de diferentes formas às condições dadas à existência humana,
- as representações coletivas se transformam em fatos sociais e como tal são passíveis de observação. As mesmas apresentam as duas características inerentes ao fato social, ou seja, a exterioridade em relação às consciências individuais e ser passível de exercer ação coercitiva sobre as consciências individuais.

Problematizando o conceito de representações coletivas, Moscovici definiu-as como sociais e não coletivas, para demonstrar o seu dinamismo social, impregnando a vida afetiva e intelectual dos indivíduos de uma dada sociedade, reviu o caráter da ontologia social implícito no conceito de Durkheim e o introduziu entre o social e o psicológico.

Delimitou ainda o campo de ação das mesmas, ou seja, o cotidiano, especificando a representação como forma de conhecimento particular, relacionada à comunicação, à interação social e à socialização (Pereira, 1993; Farr, 1995; Perrusi, 1995).

Identificamos como algo essencial para o estudo das representações sociais as posições de Jodelet onde a representação é percebida sempre como a representação de um sujeito sobre um determinado objeto, onde para sua compreensão devem ser analisadas as condições sócio-culturais específicas às quais esses objetos estão vinculados (Perrusi, 1995; Sá, 1998).

Perrusi (1995) refere ainda baseado em Jodelet que as representações possuem um caráter de imagem e a propriedade de poder intercambiar o sensível e

a idéia, a percepção e o conceito, possuindo portanto um caráter simbólico e significante, construtivo de natureza autônoma e criativa.

Na perspectiva da Sociologia, Minayo (1994) aborda elementos de vários autores que não trabalharam as representações sociais em si, mas que desenvolveram temas essenciais para a sua constituição e/ou compreensão, e exemplos disso são os conceitos de senso comum, cotidiano e fala.

Citando Marcel Mauss, Minayo chama a atenção para a necessidade de compreender que existe uma distinção entre uma determinada coisa, o fato e a representação, ainda que todos sejam objetos das ciências sociais. A diferenciação entre esses níveis parece essencial, para que não ocorra o risco de reduzir a realidade à concepção que os homens fazem dela.

Essa preocupação nos parece ser compartilhada pela perspectiva da Psicologia Social quando Sá (1998), baseado em Jodelet, refere a preocupação de que na pesquisa haja a observação da correspondência entre as representações e as práticas sociais desenvolvidas na população estudada visando a evitar ser um estudo falacioso.

Outro elemento de questionamento, segundo Minayo (1994), advém da Sociologia Compreensiva e da abordagem Fenomenológica, as quais criticam o poder de coerção social, sobre o indivíduo, atribuído ao conceito de representações coletivas em Durkheim, sendo seus principais representantes Weber e Schutz, respectivamente.

Max Weber elabora suas concepções através de termos como 'idéias', 'espírito', 'concepções' e 'mentalidade', muitas vezes como sinônimos, tendo como conceito central a 'visão-de-mundo' e enfatiza a questão das bases das significações, como podemos observar na fala de Minayo (1994, p. 161) sobre a idéia do autor "essa significação é dada tanto pela *base material* como pelas idéias, dentro de uma adequação, em que ambas se condicionam mutuamente."

Weber pontua que apesar de haver essa reciprocidade condicionante entre base material e as idéias, em dados momentos uma é mais condicionante que a outra e que se faz necessário identificar o peso que as mesmas assumem em momentos e realidades sociais específicas.

Por sua vez, Schutz introduz na discussão a questão do 'senso comum' o qual, semelhante ao conhecimento científico, envolve conjuntos de abstrações,

formalizações e generalizações, construídos, sendo fatos que têm sua interpretação advinda do mundo do dia-a-dia, ou seja da 'vida cotidiana'. Como nos diz Minayo (1994, p. 164) “assim o mundo do dia-a-dia é entendido como um tecido de significados, instituído pelas ações humanas e passível de ser captado e interpretado”.

Essa linha de pensamento, segundo a autora, levou Thomas a radicalizar, em sua teoria, o poder determinante que os significados atribuídos pelos sujeitos à realidade exercem sobre as suas ações, adquirindo assim, os sentidos, o mesmo poder coercitivo que Durkheim conferiu ao coletivo.

Por outro lado a autora refere que para o Materialismo dialético o princípio básico do 'pensamento' e da 'consciência' advêm do modo de vida que é determinado em última instância pelo modo de produção. Dessa forma a consciência tem como conteúdo as idéias e os pensamentos determinados pela base material, onde apesar desse determinismo mecânico ser encontrado em Marx, o mesmo posteriormente a essa formulação afirma “as circunstâncias fazem os homens, mas os homens fazem as circunstâncias” (Marx Apud Minayo, 1994, p.166), relativizando portanto o determinismo da base material.

Dentro da linha do materialismo, Gramsci vai discutir o 'senso comum' em contrapartida ao 'bom senso' onde “para o autor, o senso comum enquanto matéria-prima ou como 'representação social' tem um potencial transformador mesmo como pensamento fragmentário e contraditório, o senso comum deve ser recuperado criticamente, uma vez que ele corresponde espontaneamente às condições reais de vida da população. Por isso combate o preconceito racionalista contra o senso comum...” (Minayo, 1994, p. 168).

Ainda baseada em Gramsci, a autora afirma que as representações sociais revelam um caráter de conformismo que não é exclusivo das classes dominadas, uma vez que cada grupo social tem seu próprio conformismo e ilusão, coexistindo ao lado, com aspectos geradores de mudança, o que nos aponta para a necessidade de analisar as especificidades existentes entre diferentes grupos sociais, bem como, a configuração que esses assumem ao longo do tempo .

As teorias materialistas apresentam com ponto de convergência o fato de que as condições materiais e de classe existentes em nossa sociedade pressupõem conflitos entre elas. Tal perspectiva leva à compreensão de que, tanto a classe

dominante quanto a dominada apresentam idéias inerentes à sua condição de classe, diferindo apenas na sua estrutura.

Assim, enquanto a classe dominante apresenta suas idéias elaboradas em sistemas como ideologia, moral, filosofia, metafísica e religião, as classes dominadas também representam seus interesses, mas em uma situação de subordinação, marcadas por contradições entre o seu lugar na produção e sua condição social.

Como pontos convergentes das teorias dos três clássicos (Durkheim, Weber e Marx) para o estudo das representações sociais, Minayo (1994) identifica a importância atribuída ao estudo do senso comum e a compreensão que o mesmo se expressa no plano individual, ou seja, nos 'indivíduos determinados' através da fala.

A fala como campo privilegiado das representações pode ser identificada em várias obras consultadas, variando o enfoque teórico-metodológico que lhe é atribuído, mas, sempre a colocando como elemento ao mesmo tempo constitutivo e central (Minayo, 1994; Farr, 1995; Perrusi, 1995; Alves & Rabelo, 1998b).

A justificativa de fala como algo que ao mesmo tempo mostra-se como elemento constitutivo das representações e meio que nos aproxima delas, ocorre, segundo Minayo(1994, p. 175) devido à "sua vinculação dialética com a realidade, a compreensão da fala exige ao mesmo tempo a compreensão das relações sociais que ela expressa".

Habermas apud Bezerra (1999, p. 35) faz uma relação entre a ação comunicativa e o mundo da vida, na qual ocorre a construção social da realidade através da linguagem. Podemos compreender, portanto, que "o mundo da vida é algo que todos nós temos sempre presente, de modo intuitivo e não problemático, como sendo uma totalidade pré-teórica, não-objetiva como esfera das auto-evidências cotidianas, do comum sense."

Bezerra (1999) refere que Habermas considera o mundo da vida como constituído tanto pelas ordens legítimas, referentes à garantia da vida em sociedade, como pela cultura e personalidade. Assim o mundo da vida se constitui a partir do agir comunicativo, através dos atos de fala que possibilitem aos participantes assumirem ações de coordenação, nos momentos de interação e assim manterem a integração social.

Por sua vez, a busca intersubjetiva do entendimento sobre algo no mundo,

possibilita aos indivíduos preservar a tradição e a continuidade do saber cultural. O agir comunicativo viabiliza, ainda, através da fala, a socialização das pessoas que participam da ação e é na interação, como fonte de aprendizagem social, que os sujeitos desenvolvem sua capacidade de falar e agir, assim como formar e conservar sua identidade.

Baseados em autores como Husserl, Schutz, Merleau-Ponty, Pierce e Dewey, Alves & Rabelo (1998b) afirmam que o estudo da experiência seria uma tentativa de recuperar a dimensão viva da cultura, dos símbolos, das crenças e dos códigos que supostamente regeriam os comportamentos e que o primeiro passo seria reconhecer a prioridade da prática, da esfera do fazer e agir, sobre o pensamento e a reflexão. Sugerem a mudança de eixo do “eu penso” para o “eu posso”, quando do entendimento da relação dos indivíduos com o meio.

Os autores pontuam que existem dois elementos centrais nas análises contemporâneas sobre o conceito de experiência: um seria o corpo, enquanto base da experiência e o segundo refere-se à cultura e à idéia de intersubjetividade, como alternativa à polarização entre objetivismo e subjetivismo. O conceito de experiência teria pois, a intenção de entrecruzar as dimensões do pensamento e ação, consciência e corpo, cultura e individualidade, problematizando a concepção de que existiria um elo onde as representações determinariam as práticas.

Pelo abstraído na discussão acima, o objeto de estudo das representações sociais diz respeito à teoria do conhecimento prático (senso comum), com suas dimensões cognitivas, afetivas e sociais; seus determinantes e suas implicações práticas. Diante de tais elementos, sentimos obrigação de situar nossa posição, em relação a diversos conflitos apontados na literatura da área, entre eles, a influência exercida pelas idéias e/ou a base material no pensamento e comportamento individual e o social.

Colocando-nos ao lado dos que acreditam que o espaço intersubjetivo seria o mediador desses elementos, ou seja, das idéias e da base material imbricadas em uma construção contínua, através da ação humana, compreendida enquanto cheia de intencionalidade.

Quanto ao caráter transformador ou de conformismo do conhecimento do senso comum, consideramos essencial não fazer nenhuma mistificação sobre ele, pois assim como o conhecimento técnico-científico teria seus alcances e limitações

frente à complexidade da realidade, o conhecimento do senso comum traz em si ao mesmo tempo, uma força viva e criativa e algo de conservador e mantenedor de uma certa ordem preestabelecida. Consideramos que o mesmo não pode ser negado ou esquecido, na busca de conhecimento da realidade social, uma vez que ele está sistematicamente atuando sobre e a partir dela, uma vez que o mesmo é construtor da referida realidade, advindo daí a validade do conhecimento do senso comum.

Tomando a noção de experiência de Alves e Rabelo (1998b), parece ficar claro que, através da ação cotidiana e na relação intersubjetiva surge uma possibilidade de análise integradora dos fatores cognitivo, afetivo e prático das representações bem como dos seus determinantes.

Nesse momento retomamos a compreensão sobre as representações sociais como expressa na introdução do presente trabalho, ou seja, “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social... As representações sociais são modalidades de pensamento prático orientadas para a comunicação, a compreensão e o domínio do ambiente social, material e ideal...” (Jodelet apud Sá, 1993, p. 32). E ainda como “um processo que torna o conceito e a percepção de algum modo intercambiáveis, visto que se engendram reciprocamente” (Moscovici apud Sá, 1993, p. 33).

Minayo (1994, p. 158) a respeito das representações sociais na perspectiva das Ciências Sociais, fala em “categorias de pensamentos, ações e sentimentos que expressam a realidade, explicando-a e justificando-a ou ainda questionando-a”. O que parece interessante para a nossa discussão é que nessa definição, a autora introduz ao que já vinha sendo dito, os sentimentos e a ação de justificar, mas também questionar a realidade como essencial às representações.

Outra discussão essencial para compreensão do nosso objeto de estudo é o cuidado em saúde, sobre o qual Minayo & Souza (1989) afirmam que as ciências sociais revelam que os fenômenos da saúde-doença não se reduzem às evidências “orgânica”, “natural”, “objetiva”, e sim, estão intimamente relacionadas às características de cada sociedade, onde a concepção da saúde-doença é construída e o doente é um personagem social.

Essas autoras, baseadas em teóricos como Marcel Mauss, Lévy Strauss e

Mary Douglas, referem que os mitos, falas, atitudes e comportamentos em relação à saúde-doença fornecem dados para a compreensão da relação indivíduo-sociedade por expressar uma “visão-de-mundo”, “o lugar social dos indivíduos”, “as atitudes individuais e coletivas frente à infelicidade dominadora” e “frente ao pecado que se personaliza na doença” (Minayo & Souza, 1989, p. 83).

Finalmente, é a partir da compreensão de representações sociais enquanto “teoria do senso comum” (1998, p. 22) que gostaríamos de discutir as características mais marcantes do cuidado em saúde no âmbito técnico-científico e do senso comum.

1.3.2.3. As representações sociais do cuidado em saúde de natureza técnico-científica e do senso comum

Pelo discutido nos tópicos anteriores observamos que os conhecimentos técnico-científicos e do senso comum, não só apresentam naturezas diferentes, como vêm desenvolvendo-se paralelamente e isso tem repercutido na forma de compreender e lidar com os processos ligados à saúde-doença.

Bosi (1994) aponta que a concepção dominante na Nutrição⁴ caracteriza-se por apresentar como princípio uma visão reducionista do homem, considerando-o orgânico e como tal, ficando de fora o seu caráter sócio-histórico e de singularidade, o que resulta em uma abstração no “corpo biológico” de suas dimensões relacionais, afetivas, psíquicas e metafísicas.

As análises dos fenômenos se dão de forma parcial e fragmentada, pois como já vimos, ao discutir a constituição da racionalidade moderna, dita técnico-científica, opera-se uma sucessiva cisão, onde o binômio corpo e mente é indicado por Bosi como exemplar.

É baseado nessa série de dicotomias que Castiel (1994) põe em pauta a incapacidade das racionalidades científicas para explicar satisfatoriamente os fenômenos humanos em sua totalidade .

Característica marcante do modelo clássico analisado por Bosi (1994, p. 37) e de essencial importância para o que se pretende apreender nesse trabalho, é a questão de adotar como referência para os estudos e práticas, o “homem médio” ou

⁴ Ao nosso ver perpassa as teorias técnico-científicas em geral e não estão restritas ao campo

“normatizado”, o que significa negar a singularidade dos sujeitos em função do “grupamento humano homogêneo”.⁵

Como mais uma característica do modelo analisado, Bosi (1994) aponta a naturalização dos problemas estudados, onde a própria determinação social é basicamente monocausal, desconsiderando, portanto, a historicidade dos fenômenos.

A autora indica, ainda, ao nível das intervenções, o privilegiamento e as ações voltadas para os efeitos (a desnutrição ou a doença, por exemplo), os quais se referem aos processos exclusivamente biológicos.

Minayo & Souza (1989) parecem identificar algumas características da visão dominante do cuidado em saúde que reforça as colocações de Bosi; dentre elas, o contorno biológico e individual do corpo, a fragmentação do contexto existencial e social do sujeito que apresenta a ‘doença’, discurso sobre o processo em órgãos específicos e não na totalidade, fenômeno doença e morte interpretadas como da ordem da natureza.

Podemos citar, ainda, Helman (1994) para compreendermos que a enfermidade, a partir da visão técnica, traz a marca da racionalidade científica, centra-se na ênfase sobre a mensuração objetiva e numérica e em dados psicoquímicos, dualismo mente-corpo, visão das enfermidades como entidades, ênfase sobre o paciente e não sobre a família ou a comunidade.

Por outro lado, analisando as reflexões sobre as representações dos usuários introduzimos a abordagem de Boltanski (1989) pois o mesmo tem sido amplamente citado nos trabalhos na área da saúde, lembrando, no entanto, que o autor, baseia sua análise em uma abordagem estruturalista e, como tal, compreende o cuidado em saúde a partir das classes sociais e suas conseqüências, como elementos relativamente estanques.⁶

da Nutrição.

⁵ Nos estudos científicos na área de saúde, CANGUILHEM (1990, p. 127) afirma que a ‘média’ ao proceder normatização, a partir dos desvios que estão fora da referida faixa, podem justificar tecnicamente normas do interesse do Estado. Para o autor, é questionável a veracidade e/ou existência da média nas diversas funções vitais, uma vez que “... a norma não se deduz da média, mas se traduz pela média”.

As referidas reflexões permitem identificar o limite da média em seu caráter explicativo, sendo tanto mais limitado quanto mais complexo for o objeto de estudo; no que se refere às singularidades da natureza humana, ela (a média), ao nosso ver, teria pouco a acrescentar no sentido explicativo.

⁶ Em nossa análise, ainda que vislumbremos os impactos do desenvolvimento das forças produtivas sobre o modo de compreender e cuidar da saúde, foram privilegiadas as abordagens que

Boltanski (1989) parte das representações dos usuários para afirmar que existe uma 'nosografia popular' com um número limitado de doenças e de remédios a serem utilizados como um "direito da mãe", havendo as doenças que podem ser tratadas por elas próprias e as que demandam um especialista, através de uma hierarquização onde as mais graves devem ser tratadas pelo médico.

Segundo o autor a 'medicina familiar' mostra-se essencialmente imitativa, pois não se preocupa em saber sobre a natureza ou a dinâmica da doença. A referida imitação, tem como base exclusivamente a ação do médico, assim, mesmo quando aparentemente uma forma de cuidar mostra-se como do campo popular, na realidade está espelhando uma ação médica.

Por outro lado, a dificuldade em sair da imitação e apropriar-se dos conhecimentos médicos-científicos é justificada a partir do 'respeito' que a classe popular nutre pela ciência e pelos sábios. Nesse ponto o autor não problematiza essa aparente relação de submissão dos usuários, desconsiderando, portanto, as contradições inerentes às sociedades de classe.

Boltanski afirma no entanto que, na comunicação entre médico e paciente, ocorre, em geral, um monólogo onde o discurso do primeiro impera sobre o do segundo, perpassando as idéias dos riscos de não seguir as recomendações técnicas, mais que uma explicação sobre a natureza da doença. No início da consulta ocorrem as perguntas e, ao final, são dadas as ordens. E como forma de demonstrar a sua superioridade na relação o médico utiliza-se de brincadeiras infantilizantes ou até de brutalidade, se necessário.

A pouca confiança no médico pode, portanto, ser atribuída ao distanciamento lingüístico que dificulta a fala dos pacientes sobre os seus problemas e preocupações mais íntimas, onde a raridade e/ou rapidez das consultas apresenta-se como mais um elemento para a dificuldade de personalização da referida relação.

Em sua abordagem, Boltanski (1989) afirma ainda que os usuários apresentam maior facilidade de absorção de conhecimentos técnicos, na medida

compreendem a realidade social como constituídas a partir do conjunto de determinantes socioculturais, intersubjetivos e não apenas, pelos econômicos. Para aprofundar a discussão sobre a influência das forças produtivas sobre o desenvolvimento das práticas oficiais de saúde consultar Illich, 1975; Costa, 1983; Oliveira e Teixeira, 1986; Singer, 1988.

em que nesses estiverem menos evidente o seu caráter científico e mais se aproximem dos conhecimentos familiarizados na vida cotidiana, assim, os pacientes das classes populares absorvem do discurso médico, apenas os termos que apresentam a propriedade de serem descontextualizados do campo técnico e que, ainda assim, conservem algum sentido.

Segundo o autor, a relação estabelecida pelas classes populares com a doença e o conhecimento médico oficial, desperta ansiedades e tensões uma vez que seus próprios corpos são entregues às manipulações e discursos do especialista sem que elas disponham de subsídios teórico-científico para proceder uma avaliação segura de tais procedimentos, representando portanto o universo do estranho que impõe sua linguagem e suas regras. Dessa forma, a falta de informação por parte do médico em relação ao quadro do paciente, em geral, aumenta ainda mais a sua ansiedade e desconfiança, frente ao mundo desconhecido do cuidado médico.

Como na visão de Boltanski, os membros das classes populares, hegemonicamente não assumem uma atitude crítica em relação ao conhecimento técnico-científico, por consequência também não há definições de estratégias próprias, para contrapor-se às adotadas pelos médicos. Assim, as escolhas dos médicos feitas pelas classes populares são atribuídas ao 'acaso', considerando a distância geográfica, a 'amabilidade', 'boa vontade' e a 'complacência'.

Apesar das limitações identificadas pelo autor em relação as possibilidades de crítica e de poder das classes populares, o seu estudo demonstrou não haver impedimento para o desenvolvimento paralelo da 'medicina familiar' e o uso do sistema oficial de saúde, pelo contrário, refere uma coexistência.

De forma diversa ao modo de análise utilizada por Boltanski, outras abordagens teóricas consideram a questão da doença como algo que "...se insere no quadro geral dos problemas de vida, como um fenômeno que escapa, em última instância, ao controle dos seres humanos e que tem seus limites em forças sobrenaturais... "mau-olhado", "coisa feita" - integram-se no indivíduo às doenças causadas pelo trabalho, pelas privações, dificuldades nas relações familiares de acordo com os sintomas, ora o espírito ora a matéria são mais valorizadas nas explicações..." (Minayo & Souza, 1989, p. 91).

As autoras constataam um choque entre a linguagem técnica e a do senso

comum advindo das diferenças nos códigos culturais, fruto de experiências existenciais e condições sociais diversas.

Portanto, nessa perspectiva, a população usuária, não se apresenta passiva, submete, isso sim, o sistema de saúde a uma crítica, seja silenciosa, brutal ou agressiva; burla os códigos estabelecidos e faz valer seus interesses imediatos, onde se mostra implícito no seu agir, uma reivindicação de sua totalidade como ser humano, motivo pelo qual, paralelo ao uso dos serviços médicos oficiais, utilizam outras fontes para atingir seu estado saudável, através de chás, rezadeiras, etc. Essas afirmações são compartilhadas, por Helman (1994) e Auge & Junqueira (1996) em seus estudos em áreas distintas.

Alves & Rabelo (1998b) nos revelam que toda história de doença e tratamento contém um movimento, mais ou menos pronunciado entre o velho e o novo. Tais movimentos envolvem processos de resistência, remanejamento e mudanças de hábitos, os quais possuem uma complexidade que dificulta sua compreensão a partir de enfoques que se centram nas “representações” e “práticas”. Afirmam, ainda, que a experiência do adoecer aponta simultaneamente para dois pólos, os dos hábitos arraigados que resistem à incorporação de novas representações no delineamento do comportamento e, por outro lado, envolve a formação de novos hábitos.

Nessa abordagem, a resistência para mudar o comportamento a partir das prescrições médicas, não se situa na dificuldade de entendimento de tais prescrições e sim, em uma experiência de resistência imposta pelo corpo, o qual estaria assentado no hábito. Igualmente a aquisição de novos hábitos não se daria pela aprendizagem intelectual de novas representações, mas através do desenvolvimento de novas sínteses corporais⁷.

Alves & Rabelo (1998b, p. 110) citam Merleau-Ponty para expressarem que “é o corpo que compreende”, justificando que o hábito expressa um conhecimento radicado no corpo e assim, ao agirmos, estaríamos experimentando um acordo

⁷ Quando introduzimos a discussão de Alves & Rabelo (1998) sobre ‘experiência’, tivemos a intenção de enfatizar os processos de resistência, remanejamento e mudanças que são identificados na história de adoecimento e de ser tratado. O fato dos autores abordarem o potencial de mudança existente nos indivíduos nos pareceu essencial para nossa discussão. Nesse momento não estamos, no entanto, associando a mudança de hábito referida pelos autores, com mudanças nas representações sociais, pois nas bibliografias consultadas ficou evidenciado que para que isso ocorra, necessita haver um processo cognitivo, afetivo e social concomitante.

entre o que visamos e o que nos é dado. Chamam, ainda, a atenção para o fato de que as “ações habituais” e as “racionais”, não estão radicalmente separadas sendo falsa, portanto, a idéia de que as condutas dos pacientes sempre encontram-se fechadas no hábito, perpassadas pela emoção e pouco reflexivas e que por outro lado, as do médico⁸ como as que expressam a ciência, neutra, reflexiva e como tal aberta a novas informações, negando em última instância os saberes cristalizados.

Esses autores trazem uma discussão essencial para o nosso objeto de investigação, ou seja, uma relação existente entre projeto e hábito que diz respeito aos domínios do reflexivo e do automatismo. Nessa abordagem, essas duas dimensões são compreendidas como imbricadas no processo de agir, onde os projetos levam a uma reorganização ativa simultânea do corpo e da própria situação, podendo assim modificar e cristalizar, sucessivamente, novos hábitos.

Assim como os projetos e os hábitos não são definidos a priori, os meios e os fins, não são formulados independentes da situação, pois é através do nosso engajamento prático nas situações que eles vão sendo postos em relevo e tematizados.

Segundo Joas, citado por Alves e Rabelo (1998b), os fins teriam uma intencionalidade, a partir de uma situação onde exista um impedimento para que o ator aja de modo pré-reflexivo, sendo então o mesmo forçado a desenvolver instâncias reflexivas sobre suas ações.

Por fim, para os autores a dimensão intersubjetiva pode ser compreendida a partir das análises de Merleau-Ponty e Mead que compreendem o desenvolvimento da capacidade dos indivíduos em constituir-se enquanto *self* ocorre através da “sociabilidade originária”. Nesse mundo partilhado e familiar sobre o qual se atua e se sabe da existência de objetos independentes de nossa perspectiva, parece ficar claro que, se por um lado encontramos resistência aos nossos projetos pessoais, por outro descobrimos que existem pontos de vista que podem ser intercambiáveis no contexto do mundo da vida cotidiana.

Bezerra (1999) discute, a partir da teoria de Habermas, um hiato existente entre o que ele chama o sistema e o mundo da vida. O sistema estaria invadindo o mundo da vida dos meios não comunicativos como o dinheiro e o poder, gerando as

⁸ No contexto de nossa discussão, quando falamos em equipe não estamos nos referindo apenas aos médicos, mas aos outros profissionais que a compõe e aos seus gestores.

patologias sociais, por não serem coordenados pelo entendimento mútuo entre sujeitos que são capazes de falar e agir. As relações estabelecidas nesse contexto são instrumentais e visam à obtenção de sucesso ou à manipulação entre os sujeitos e não à busca do consenso.

Habermas, segundo Bezerra, procura integrar dialeticamente o sistema e o mundo vivido, por considerar ambos como essenciais para a reprodução social. Para tal propõe uma reflexão radical, coletiva, democrática, visando a superar a colonização do mundo da vida, retomando-se a racionalidade comunicativa, a qual se baseia no entendimento em torno de três dimensões, a verdade das proposições, a justiça e a autenticidade dos atores.

O homem contemporâneo estaria assim retomando o que desaprendeu no mundo da vida, quando virou as costas e voltou-se exclusivamente para a ciência e a tecnologia (Siebeneichler apud Bezerra, 1999).

Por outro lado, Cardoso (1993) nos subsidiou nessa discussão, ao tratar sobre as funções que o saber técnico exerce dentro das organizações, enfatizando a regulação da fala, uma vez que o discurso mostra-se no lugar da “falha” dos “vazios e contradições”, expressão do desejo, que abre espaço para o sonho e a fantasia, do diferente, do novo, da rebelião. Elementos esses considerados ameaçadores da objetividade e da neutralidade, os quais exorcizam a subjetividade e o inesperado advindos das pulsões⁹.

Baseada em Freud, Cardoso (1993) cita duas funções da técnico-ciência, a primeira diz respeito à superação do sentimento original de desamparo existente na criança frente ao mundo, e a segunda é a de expressar os ideais de poder existentes na cultura.

Assim consegue-se através da técnico-ciência, no campo simbólico, a ampliação dos limites próprios ao humano e assim obter uma melhoria nas condições de vida.

Por outro lado, no campo imaginário, obtém-se a possibilidade de superar o vazio que é gerador de angústia, o medo de aniquilamento, a segurança para o desamparo e ainda adquirir um sentimento de poder. Poder esse, que seja social e

⁹ Conceito psicanalítico desenvolvido por Freud significando “processo dinâmico que consiste numa pressão ou força (carga energética, fator de motricidade) que faz o organismo pender para um objetivo. Segundo Freud, uma pulsão tem a sua fonte em numa excitação corporal (estado de tensão); o seu objetivo ou meta é suprimir o estado de tensão que reina na fonte pulsional; é no

coletivo ou individual, pressupõe o desejo de expansão, resultando, ao nosso ver, um espaço permanente de tentativa de controle ou negociação.

Com base na autora, consideramos que a nível da técnico-ciência, a referida busca de controle tem predominado sobre a negociação, como podemos identificar no modo como a fala é ordenada através da prévia determinação para os sujeitos dos temas, bem como de seus tempos e espaços, assim “ a expressão da fala individual, marca maior da afirmação da singularidade fica limitada, se não se expressa conforme o estabelecido, ou fica inibida, pela ação da censura internalizada” (Cardoso, 1993, p. 06).

Na área da saúde, mais especificamente, nas relações estabelecidas entre equipe e usuários, esse elemento mostra-se essencial a ser observado, pois em geral os espaços e tempos de fala, têm sido construídos de tal forma que os técnicos são os que direcionam o ‘diálogo’, cabendo aos usuários adequar-se a ele (Boltanski, 1984), ou rebelar-se silenciosa e de forma não organizada politicamente (Minayo, 1989) a esse tipo de comunicação.

Consideramos que tal processo tem contribuído para a existência de um sistema de medicina popular paralelo ao sistema oficial, tal como observar na seguinte citação:

“O(s) sistema(s) de medicina popular tende(m) a se desenvolver com mais força junto às camadas de renda mais baixa porque, ao contrário da medicina científica possui(em) uma linguagem próxima às representações dessas camadas. A medicina popular constitui um sistema de saúde paralelo ao sistema oficial porque é ela que se apropria dos conhecimentos relativos à saúde produzidos e valorizados pelas camadas baixas e os atualiza através de um conjunto de relações, cujo modelo é o das relações em vigor entre os membros dessas camadas”. (Loyola apud Costa, 1980, p. 06)

Costa (1980) nos subsidiou, ainda, quanto a uma compreensão de que as abordagens que tratam do conhecimento advindo da “medicina popular” como da ordem da “mentalidade primitiva” e “não-lógica”, de caráter “rústico”, “simples”, “primitivo” ou folclore, estariam baseadas em uma análise da realidade social de natureza evolucionista, etnocêntrica e, portanto, desconsideram a complexidade que lhe é inerente.

objetivo ou graças a ele que a pulsão pode atingir sua meta. (Laplace & Pontalis, 1991, p.394).

Essas considerações nos reafirmam a compreensão das dificuldades de se estabelecer canais de comunicação entre os saberes e práticas técnico-científicas e do senso comum (Auge & Junqueira 1981; Minayo & Souza, 1989; Helman, 1994) e ainda de que diversos fatores influem na sua conformação, desde os estruturais, culturais aos psíquicos, para citar alguns. Por outro lado, aponta para a realidade como algo que não se constitui de forma linear, mas a partir das experiências teóricas e práticas construídas e vivenciadas socialmente, mesmo que de forma não hegemônica; o que nos leva a pensar que essa aproximação é essencial e, portanto, deve no mínimo ser tentada.

1.3.3. A dimensão cuidadora nos modelos técnicos-assistenciais de saúde

Pretendemos nesse espaço discutir os modelos técnicos-assistenciais no que diz respeito ao seu potencial de criar espaços de diálogo com os já referidos sistemas populares de saúde. Do ponto de vista técnico-científico, o conceito de modelo técnico-assistencial¹⁰ de saúde tem sido abordado sob diversas perspectivas, envolvendo abordagens teóricas, políticas e técnicas distintas, tendo todas elas uma concepção particular de sujeito e da interação desse com o social (Campos, 1989; Castelanos, 1993; Paim, 1993; Souza, 1993; Campos, 1994; Campos, 1997; Merhy, 1998).

Consideramos essencial para a compreensão de nosso objeto de estudo, a discussão sobre modelos técnico-assistenciais a partir da posição de autores que os compreende como uma intermediação entre o técnico e o político, por representar um processo dinâmico e tenso entre interesses, necessidades, noções disciplinares, diretrizes políticas e concepções diversas de como gerir os sistemas públicos. Tal posição desmistifica certas noções de que há uma ‘pureza’ e ‘neutralidade’ do discurso técnico, o qual “se imagina potente para instituir automaticamente a conformação das práticas sanitárias” (Campos, 1992, p. 16).

Assim, Campos (1992) identifica o modelo técnico assistencial como algo em constante movimento, uma negação que afirma provisoriamente, através dos

¹⁰ Campos (1997) aponta que na literatura apareceu como sinônimos “modo de produção de serviços”, “conformação do sistema de saúde”, “modelo assistencial” “modelo de atenção em saúde” e o que se chama “forma de produção”. Em nosso trabalho utilizaremos preferencialmente modelos técnico-assistenciais, não significando, no entanto, sua exclusividade, eventualmente os demais poderão ser referidos como sinônimos.

dispositivos críticos considerados produtores de negatividade e do compromisso com as necessidades do dia-a-dia que é produtor de ações de afirmação. Tais dispositivos não são estanques, mas coexistem na realidade cotidiana, onde ocorrem os processos de atenção à saúde.

Consideramos essencial essa concepção dinâmica do ‘modelo de atenção em saúde’, construído a partir de sujeitos que interferem em sua conformação cotidiana, por três motivos, primeiro porque acreditamos que de fato a conformação que assume tais modelos não advém exclusivamente da perspectiva técnico-científica, mas, envolve outras dimensões macro expressas através de partidos, associações e, a nível micro, das relações intersubjetivas que vão sendo construídas pelos sujeitos.

Essa noção de poder nos parece estar próxima à trabalhada por Machado (1988) que, baseando-se em Foucault, afirma a existência de relações entre os diversos saberes cada um considerado como possuindo positivities específicas, quanto ao que foi efetivamente dito e deve ser aceito como tal, e não julgado a partir de um saber posterior e superior, pois dessas relações podem surgir, em uma mesma época ou em épocas diferentes, compatibilidades e incompatibilidades que não sancionam ou invalidam, mas estabelecem regularidades, permitem individualizar formas discursivas.

Tal abordagem identifica que o poder não é um objeto natural ou uma coisa, mas uma prática social e, como tal, constituída historicamente, rejeitando a possibilidade de se procurar reduzir a multiplicidade e a dispersão das práticas de poder através de uma teoria global que subordine a variedade e a descontinuidade a um conceito universal.

A teoria é provisória, acidental, dependente de um estado de desenvolvimento da pesquisa que aceita os limites, seu inacabado, sua parcialidade, formulando conceitos que clarificam os dados, organizando-os explicitando suas inter-relações, desenvolvendo implicações, mas que em seguida são revistos, reformulados, substituídos a partir de um novo material de trabalho.

Assim para Machado (1988) as ‘análises genealógicas do poder’¹¹ produziram

¹¹ Sobre a arqueologia sinteticamente pode-se dizer “ se pode ser considerada um método, a arqueologia caracteriza-se pela variação constante de seus princípios, pela redefinição de seus objetivos, pela mudança no sistema de argumentação que a legitima ou justifica.” (Machado, 1988, p.

um importante deslocamento com relação à ciência política que limita sua investigação quanto ao poder implícito no Estado.

Segundo o autor, o que Foucault chamou a microfísica do poder significa um deslocamento no nível e espaço da análise, uma vez que esses dois aspectos encontram-se intimamente ligados.

Nessa perspectiva, o importante é que as análises indicaram claramente que os poderes periféricos e moleculares não foram confiscados e absorvidos pelo aparelho do Estado. Não são necessariamente criados pelo Estado, nem, se nasceram fora dele, foram inevitavelmente reduzidos a uma forma ou manifestação do aparelho central.

Os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes na rede social e neste complexo, os micro poderes existem integrados ou não, ao Estado, distinção que não parece, até então ter sido muito relevante ou decisiva para as análises sobre o poder.

Essa relativa independência ou autonomia da periferia com relação ao centro, significa que as transformações ao nível capilar, minúsculos, ao poder não estão, necessariamente, ligadas às mudanças ocorridas no âmbito do Estado e não podem ser postuladas aprioristicamente.

Nessa perspectiva, nem controle, nem a destruição do aparelho de Estado, como muitas vezes se pensa, são suficientes para fazer desaparecer ou para transformar, em suas características fundamentais, a rede de poderes que impera em uma sociedade.

Para Machado (1986) a perspectiva foucaultiana pretendia se insurgir contra a idéia de que o Estado seria o órgão central único de poder, ou de que a inegável rede dos poderes da sociedade moderna seria uma extensão dos efeitos do Estado, um simples prolongamento de fusão de seu modo de ação, o que seria destruir especificamente os poderes que a análise genealógica pretendia focalizar.

Segundo Machado, Foucault foi levado a distinguir no poder uma situação central e periférica de um nível macro e micro de exercício, pois pretendia detectar a existência e explicar a característica de relação do poder que se diferenciam do Estado e de seus aparelhos. Mas isso não significou, em contrapartida, querer situar o poder em outro lugar que não o Estado, como sugere a palavra periferia.

O interesse de tais análises é justamente que os poderes não estejam localizados em um ponto específico da estrutura social. Mas a identificação de seu funcionamento como uma rede de dispositivos ou mecanismos a que ninguém escapa, que não existe exterior possível, limites ou fronteiras. Daí a importante e polêmica idéia de que, o poder não é algo que se detém como uma coisa ou uma propriedade que se possui ou não.

Não existe de um lado os que tem poder e, de outro aqueles que se encontram dele aliados. Rigorosamente falando, o poder não existe; o que existe são práticas ou relações de poder. O que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, e que funciona. É como uma maquinaria, e como uma máquina social não está situada em nem um lugar privilegiado, ou exclusivo, o poder se dissemina por toda estrutura social. Não é um objeto, uma coisa, mas uma relação.

E esse caráter relacional do poder implica que as próprias lutas e seu exercício, não possam ser feitas do exterior, pois nada está isento de poder, qualquer luta é sempre resistência dentro da própria rede do poder, teia que se alastra por toda sociedade e a que ninguém pode escapar.

Está sempre presente com a multiplicidade de relação de forças. E, como onde há poder há resistência, não existe propriamente o lugar para que essa ocorra, mas pontos móveis e transitórios que também se distribuem por toda estrutura social. Nessa perspectiva, Machado afirma que Foucault rejeita uma concepção do poder inspirada no modelo econômico que o considera como uma mercadoria.

Nosso segundo argumento para a compreensão dos modelos técnico-assistenciais como algo dinâmico que se estabelece entre o técnico e o político além de incorporar a concepção de poder trabalhada anteriormente, advém da compreensão que temos do senso comum, expresso em nosso estudo pelos usuários de um determinado sistema de saúde, como produtores de mecanismos próprios para ver atendidas as suas necessidades de saúde, negando por um lado a fragmentação do cuidado e por outro, buscando a sua totalidade em seu contexto existencial. Significando, portanto, que os mesmos podem ser entendidos como atores no processo de conformação do sistema local de saúde (Minayo, 1992; Cecílio, 1994; Minayo, 1994; Merhy, 1995; Carvalho, 1996; Campos, 1997).

Enfim, nosso terceiro e último argumento relaciona-se ao fato de que as

referidas concepções de modelo de atenção em saúde possibilitam pensar a dimensão cuidadora como algo central a ser enfrentado e não como 'artigo de luxo', a ser relegado a um futuro inatingível, por considerar incompatível a priorização do cuidado, da intersubjetividade, da delicadeza e do diálogo entre saberes-práticas-poder distintos, enquanto existirem problemas como a mortalidade infantil, filariose, ou a AIDS para citar alguns exemplos.

Na verdade, consideramos que diante da complexidade social e como tal a multiplicação das necessidades e desejos dos sujeitos, nós, enquanto técnicos e gestores, temos que conseguir articular várias dimensões concomitantemente, sempre atentos ao modo como se define o que e como cuidar, pois a priorização desses elementos expressa ao mesmo tempo, uma visão de sujeito e um posicionamento político.

Baseados em Merhy (1998) consideramos que falar sobre a dimensão cuidadora na produção de saúde significa assumir um compromisso com a reforma do modo de produção de saúde, questionando os modelos hegemônicos que desconsideram a dimensão da 'defesa radical da vida individual e coletiva'.

A positividade no processo de produção de saúde estaria na possibilidade de impactar "ganhos dos graus de autonomia no modo do usuário andar na sua vida, o que ultrapassa a simples ação com base em procedimentos técnicos estanques, pois segundo Merhy (1998, p.04) "nós enquanto usuários podemos ser operados, examinados, etc., sem que com isso tenhamos necessidades/direitos satisfeitos".

O autor identifica três tipos de tecnologias no processo de trabalho de saúde, as quais consideramos essenciais para a abordagem que fazemos nesse trabalho, motivo pelo qual discorreremos um pouco sobre as mesmas.

As tecnologias duras podem ser identificadas como as ligadas à utilização de 'ferramentas-máquinas' tais como raio-x, equipamentos para exames clínicos e laboratoriais, onde a forma de saberes profissionais encontram-se bem estruturados como fica evidente na clínica do médico, do dentista, da enfermagem, do psicólogo, entre outros.

Uma segunda tecnologia envolvida na produção de saúde são as chamadas leve-duras, consideradas menos duras que as ligadas aos aparelhos e as ferramentas de trabalho. Elas são leves porque representam um saber adquirido e que estará presente na forma de avaliar os casos de saúde e de estruturar-se para

atuar sobre eles, por outro lado, são duras porque representam um ‘saber-fazer’ estruturado, organizado, protocolado, normatizável, normatizado e portanto rígido.

Enfim, o autor aponta as tecnologias leves, uma vez que qualquer trabalho assistencial pressupõe um processo de relação interpessoal, acionando um conjunto de expectativas e produções.

Dessa forma o autor compreende que todos os trabalhadores de saúde fazem clínica, independente de sua profissão ou função, uma vez que os usuários ao buscarem os profissionais e serviços de saúde, desejam encontrar um espaço de produção de *acolhimento, responsabilização e vínculo*.

Um segundo motivo baseia-se na concepção de que a clínica extrapola o diagnóstico, prognóstico e cura dos problemas de saúde quando esses são compreendidos meramente como disfunção biológica, representando um processo e um espaço onde são produzidas relações e intervenções partilhadas, onde perpassam e interagem necessidades e modos tecnológicos de agir.

E ainda porque o trabalho ‘clínico implicado’ é condição necessária para a produção de espaços imperativos de falas e escutas, cumplicidades e responsabilização, vínculos e aceitação.

A conformação do atendimento deve envolver igualmente acolhimento e o conhecimento clínico e tecnológico, uma vez que nenhum desses elementos isoladamente seria capaz de oferecer resposta à defesa da vida, extrapolando a doença.

Os modelos tradicionais de produzir saúde, geram sistematicamente o aniquilamento das tecnologias leves, parte integrante dos processos de atendimento clínico, provocando uma relação usuário-profissional de saúde marcada por um processo de alienação, de ‘des-responsabilização’, de alto custo e apenas parcialmente resolutiva. Enquanto tecnologia leve o modelo deve comprometer-se com a tarefa de acolher, responsabilizar-se, ser resolutiva e impulsionar autonomia, pois o “ objetivo de todo trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente” (Campos, 1992, p. 17).

A capacidade de gerar qualidade no sistema oficial de saúde, na perspectiva do usuário, estaria, segundo Merhy (1998), na possibilidade de haver uma configuração tecnológica que envolvesse os três tipos de tecnologias abordadas anteriormente.

Em torno dessas propostas está subjacente a concepção de que os modelos de atenção devem prever e estruturar-se para responder à complexidade envolta nas necessidades de saúde, bem como do agir interdisciplinar (Cecílio, 1994; Merhy, 1995; Campos, 1997; Merhy, 1998).

A crise do sistema de saúde apresenta várias justificativas. Para os governantes, ela é apontada como financeira, por outro lado, para os usuários ela é percebida como uma crise tecnológica e assistencial, uma vez que se sentem inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos e desprezados (Merhy, 1998). Portanto, para o autor, a produção da saúde vincula-se ao impacto que possa proporcionar no grau de autonomia assumido pelo usuário, no modo de andar sua vida, o que pode ser observado nas seguintes afirmações:

“Desse modo, podemos afirmar que os principais parâmetros para a análise do sentido de um modelo assistencial são aqueles que expressam a maneira como a tecnologia leve opera no interior do sistema de saúde, inclusive a maneira como ela é ‘comandante’ ou ‘comandada’ das (pelas) outras tecnologias, na mediação entre a leve-dura e as duras, com um sentido nitidamente marcado pela busca de resolução do problema e da conquista de autonomias” (Merhy, 1998, p. 08).

Para Merhy o tema do acolhimento dos usuários deve ser discutido vislumbrando uma mudança de um ‘modelo de atenção corporativo centrado’ para um “usuário centrado”.

Tal perspectiva pressupõe estar atento à formação de uma forte rede de serviços, com possibilidade de absorver diversas combinações tecnológicas, centrada na confiabilidade e responsabilização do profissional com o usuário, com a resolutividade das intervenções, com a construção coletiva de mecanismos controladores dos riscos de adoecer, com o acesso universal, com a abrangência individual e coletiva (Merhy, 1998).

As iatrogenias do modelo técnico-assistencial baseado predominantemente na atuação médica e nas tecnologias duras já foi abordada por diversos autores¹², citamos Illich (1975) que em seu texto aborda a questão dos ‘malefícios’ do uso indiscriminado dos conhecimentos médicos e das tecnologias de saúde para à humanidade, por representar uma abordagem teórica pouco considerada nas discussões realizadas na área da saúde.

Enfatizamos no entanto que, ao abordarmos tal perspectiva, não estamos esquecendo dos grandes avanços que os conhecimentos técnico-científicos têm significado para a humanidade e a qualidade de vida, mas tão somente oferecer subsídios para uma reflexão menos parcial sobre as possibilidades e impossibilidades dos modelos adotados hegemonicamente (Minayo, 1998; Alves e Rabelo, 1998).

Sobre a iatrogenia Illich (1975) parte de uma conceituação da clínica médica onde a mesma significaria uma doença provocada por um tratamento especializado, portanto, de acordo com as normas estabelecidas por uma dada profissão. No nosso entendimento, poderia significar o efeito colateral de um determinado tratamento sobre a saúde global do indivíduo.

Mas, é a partir do sentido mais amplo da iatrogenia que o autor desenvolve sua análise. Segundo Illich (1975, p. 33) “ a doença iatrogênica engloba todas as condições clínicas das quais os medicamentos, os médicos e os hospitais são agentes patogênicos. Chamarei iatrogênese clínica essa multidão de efeitos secundários, porém diretos da terapêutica”.

Segundo o autor são três as iatrogenias advindas da expansão excessiva da medicina na vida social; a clínica, a social e a estrutural, as quais abordaremos a seguir:

A iatrogênese clínica pode ser compreendida, a partir da constatação de que em geral, existe uma ineficácia global dos procedimentos clínicos, uma vez que os grandes avanços em termos de qualidade de saúde, podem ser atribuídos a outros campos como as condições de habitação e trabalho, da coesão social e dos mecanismos culturais que permitam estabilizar a população.

E relaciona os progressos em termos de eficácia dos novos medicamentos com a crescente destruição da natureza, exemplificando com a precariedade na qualidade da alimentação moderna, desde o que se refere a dificuldade de acesso, por dificuldades econômicas, até a industrialização dos alimentos, aos quais passam a ser incorporados produtos químicos. Contraditoriamente, paralelo a essa forma de alimentação, o que se observa é um progresso sem precedentes na ciência dietética, sem questionamentos sobre suas causas estruturais.

Por outro lado, afirma que todo contato com a ‘empresa médica’ expõe os

¹² Sobre o assunto consultar Campos (1997); Souza & Falichman (1993) e Singer (1988).

indivíduos ao que ele considera danos psíquicos, provocados pela angústia, o efeito mais generalizado do contato do usuário com a técnica médica. Essa angústia seria provocada por uma despersonalização do diagnóstico e da terapêutica, as quais transferiram as possíveis falhas do campo ético, para o técnico.

A iatrogênese social por sua vez é entendida como a perda da capacidade individual de adaptação ao meio social e implícita recusa a esses meios quando se tornam intoleráveis.

Seria uma desarmonia do indivíduo, em seu grupo e frente ao meio social e físico, os quais organizam-se sem ele e contra ele, gerando por vezes, uma perda de autonomia na ação e controle do meio.

Uma terceira faceta da iatrogênese social seria a introdução do consumo terapêutico em todas as fases da vida, tais como a gestação, puerpério, infância, adolescência, climatério, entre outras, as quais deixam de ser sucessão de vida, para serem consideradas categorias terapêuticas, onde todos os indivíduos de alguma forma estão permanentemente incluídos.

Por fim, a iatrogênese estrutural estaria baseada em um mito de que a dor deve ser anestesiada, retirando dessa o que ela tem de interrogação e do adiamento da morte como objetivos não apenas desejáveis, mas realizáveis através do uso ilimitado da medicina, sem uma atitude reflexiva do quanto tais objetivos poderiam comprometer a capacidade do homem de forma autônoma, poder atribuir sentido à dor, à doença e à morte e não negá-las indefinidamente com base em muita angústia.

Resumindo as idéias do autor sobre as iatrogêneses gostaríamos de apresentar a seguinte citação:

“Trata-se de convencer aos médicos, mas antes de tudo aos seus clientes, de que, acima de determinado nível de esforços, a soma de atos preventivos, diagnósticos e terapias que visam a doenças específicas de uma população, de um grupo de idade ou de indivíduos, reduz necessariamente o nível global de saúde da sociedade inteira ao reduzir o que constitui justamente a saúde de cada indivíduo: a sua autonomia pessoal” (Illich, 1975, p. 15).

O medicamento e seus significados têm sido algo simbólico da relação entre os saberes-práticas-poder técnico-científico e do senso-comum, sendo algo que nos deparamos como essencial a ser considerado ao discutirmos sobre o assunto,

mesmo sendo nosso foco as ações da equipe de saúde e não especificamente as dos médicos.

Em relação ao medicamento, Illich afirma a partir de uma análise estrutural que existe uma tendência na sociedade em 'medicalizar' o orçamento, ocorrendo uma invasão farmacêutica que diminui ainda mais a capacidade de reação dos indivíduos.

Por outro lado, Lefrèvre (1991) refere que a problemática da automedicação não se limita à diminuição dos efeitos dos antibióticos, dificultar as ações preventivas de saúde e comprometer o orçamento familiar em detrimento da alimentação e lazer para citar alguns exemplos.

Para o autor, além das questões levantadas, o medicamento envolve aspectos políticos, legais, da formação e prática profissional, abarcando diversas contradições e jogos de forças, inclusive com suas representações simbólicas.

Portanto para Lefrèvre o problema do consumo leigo, bem como, o sob orientação médica, representam problema de saúde pública não por sua disfunção, mas "... por ser uma função de expressão social de hegemonia da mercadoria", uma vez que o medicamento nas formações capitalistas modernas como a brasileira, transformou-se um símbolo de saúde permitindo torná-la concreta e deixar de ser vista como "entidades abstratas ou vagas" (Lefèvre, 1991, p. 18).

A concretização da saúde ocorre através dos produtos e serviços a serem consumidos como mercadorias, como fica expresso na idéia passada na propaganda da Golden Cross - "Golden Cross: saúde em primeiro lugar" e da Danone - "iogurte Danone: sua dose diária de saúde"; o que significa que consumir Golden Cross e Danone é estar adquirindo ou mantendo saúde diariamente.

Partindo do pressuposto de que "... o sentido do medicamento não se esgota na dimensão terapêutica..." (Lefèvre, 1991, p. 17-18), o trabalho baseou-se nas seguintes hipóteses sob o significado do ato de consumir um medicamento (Lefèvre, 1991, p. 138-142):

1-O medicamento "químico" é vivido pelos indivíduos como uma "alteridade", frente à qual estes desenvolvem uma predisposição positiva ou negativa, reflexo da reinterpretção, nos indivíduos da oposição: natural x artificial, presente na cultura.

2- O medicamento é vivido pelos indivíduos, como uma resposta de saúde a uma mensagem de doença emitida pelo seu organismo, no contexto de

comunicação em que contracenam o médico e os aparatos tecnológicos de ausculta do organismo.

3- O medicamento é vivenciado pelos seus consumidores como significando a saúde fora do lugar, ou seja como algo externo ao organismo.

4- “Para o paciente, a problemática da obediência ou transgressão das ordens médicas, no que se refere ao medicamento, deve ser vista no contexto da autonomia e heteronomia, em que se chocam a perspectiva do paciente e do médico frente à saúde e à doença, buscando o paciente utilizar o medicamento como instrumento desta autonomia, ou seja, do controle do seu próprio corpo” (Lefrèvre, 1991, p. 141).

5- Os indivíduos percebem o medicamento a partir do desejo de obtenção da máxima eficiência e eficácia na eliminação da doença (da dor) e na obtenção da saúde (do prazer).

Quanto aos resultados o autor sistematiza-os em três perspectivas a social, a médica e a do indivíduo/consumidor .

O medicamento do ponto de vista do social foi abordado a partir da ocultação observada na sociedade que cria as condições de doença e oferece o medicamento como solução para a saúde, sem refletir as condições sociais da doença, ou do modo de adoecer, como pode ser expresso na frase “o stress da vida moderna” como se fosse algo inevitável ter stress no modo moderno de viver.

Enquanto símbolo, o medicamento é consumido em nossa sociedade tanto psicológica quanto organicamente e uma coisa reforça a outra.

O medicamento é transformado em mercadoria, na medida em que ele enquanto símbolo, materializa o estado abstrato de saúde, através dos produtos e serviços de saúde, tal como vimos anteriormente, o que gera um estado de necessidade constante, pois quanto mais se consome, mais deve ser consumido para obter uma saúde mais perfeita.

Esse processo só é possível na medida em que a saúde é reduzida à sua expressão química, onde o desequilíbrio leva à doença e o medicamento funciona como química externa para equilibrar a química interna, agindo inclusive como recurso que permite o imediato restabelecimento das condições de produção.

Tal imposição social parece comum uma vez que estar doente significa ficar incapacitado a consumir e gerar mercadoria, status suportável apenas por um curto

período de tempo para o indivíduo, levando-se a pensar que o medicamento representa uma arma importante para a sobrevivência dos atores sociais no quadro de uma sociedade concorrencial.

O uso do medicamento na perspectiva do médico tem respaldo da ciência, a qual reforça a idéia de saúde em sua dimensão meramente orgânica, e como tal, pode ser estabilizada com o medicamento, gerando o sentimento de poder sobre o paciente e sua cura.

No entanto, esse poder vem sendo abalado em decorrência do consumo leigo de medicação, bem como, pelo fato dos médicos cada vez mais estarem sendo orientados sobre as prescrições medicamentosas pelos técnicos de laboratório caracterizando a hegemonia da mercadoria sobre o ato médico.

O medicamento na perspectiva do indivíduo foi analisada a partir de pacientes hipertensos, onde pôde ser abstraído que esse grupo busca no medicamento a cura da doença e não seu mero controle. Tal aspecto refere-se a questão da eficiência e eficácia onde o bom medicamento é aquela que cura o mais rápido possível, como pode ser observado com a propaganda do Doril que afirma “tomou Doril a dor sumiu”.

Outro aspecto levantado foi que o medicamento contraditoriamente é percebido pelo indivíduo como bom e mau e que pôde ser observado nas seguintes expressões: “santo remédio”, “droga !” .

Fica ainda evidenciado um certo sentimento de ter que obedecer à autoridade médica e certa ansiedade de uma possível punição, caso deixe de cumprir as suas recomendações.

A questão da relação com o medicamento mostra-se ambígua também porque enquanto “o médico controla uma pressão, o paciente, sua vida”, gerando sentidos diferentes para cada um desses grupos; para o médico existe uma doença a ser controlada, para o paciente existe um doente a ser controlado, o que gera certa tensão nesse relacionamento.

A saúde, como símbolo a ser cada vez mais consumido através dos serviços e produtos de saúde, parece apontar para um quadro onde as pessoas buscam uma saúde perfeita, um corpo perfeito, juventude eterna, padrões de beleza e estética preestabelecidos socialmente e que, ao nosso ver, além das questões da estrutura social, amplamente explorada pelo autor, abarca questões da ética, ou mais

precisamente da crise nos padrões ético/estéticos, que segundo Costa (1997) adveio da perda da capacidade de projetar/prever o futuro, pela própria forma de organização social vigente, tornando a ênfase no individual e não na humanidade.

Estão dadas as bases para o que Costa (1997) chama “cultura do narcisismo”, a qual deteriora o anseio do bem-comum, pois a luta diária passa a ser contra a morte, seguindo normas sem questionamentos visando superá-la.

Portanto refletir sobre o que estamos fazendo de nós mesmos e de nossa sociedade parece ser o âmago das abordagens acima e consideramos que de fato esse tema parece essencial para quem lida com o humano e suas peculiaridades, dos seus relacionamentos, modos de viver, adoecer e morrer.

Diante das questões levantadas, parece claro que os modelos técnicos assistenciais atuais não vêm conseguindo responder satisfatoriamente às necessidades de saúde de grande parte da população, igualmente não são poucas as tentativas de reverter o modelo hegemônico. (Paim, 1993; Cecílio, 1994; Mendes, 1995; Merhy, 1995; Cordeiro, 1996; Mendes, 1996; Campos, 1997a; Merhy, 1998).

O PSF representa uma dessas tentativas, o mesmo foi criado em 1994, visando a reestruturar o modelo assistencial de saúde de forma a superá-lo no que diz respeito ao modelo curativo, médico centrado e hospitalocêntrico. A princípio ficou como proposta alternativa ao modelo vigente, significando uma ampliação do PACS (Albuquerque, 1999).

No ano de 1996, a Coordenação Nacional do PSF define seu objetivo de “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população” (Albuquerque, 1999, p. 03).

Segundo documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1994), o PSF tem ainda o objetivo de contribuir com a organização do SUS e com a municipalização da saúde, considerando os princípios da universalização, descentralização, integração e participação da comunidade, destinando-se a um contingente aproximado de 32 milhões de brasileiros, incluídos no mapa da fome do IPEA, os quais apresentam maior risco de adoecer e de morrer.

O PSF diferencia-se do modelo tradicional, centrado na doença e hospital, por suas ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família de

forma integral e contínua. A ação de proximidade favorece a humanização do atendimento e o desenvolvimento de co-responsabilidades. Em última instância o documento registra que o Programa aponta um novo paradigma que é a qualidade de vida.

Destacamos, por sua relevância para esse estudo, os seguintes objetivos específicos do PSF:

“- Promover o conceito de saúde como um direito de cidadania e como qualidade de vida;

- Buscar a humanização do atendimento, e através do inter-relacionamento entre a equipe e a comunidade, proporcionar maior satisfação do usuário;

- Racionalizar o acesso e o fluxo interno do sistema de saúde (do nível da atenção primária até os de maior complexidade);

- Incentivar a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social”. (Brasil, 1994).

Existe, no entanto, uma vasta discussão sobre os alcances e limites do PSF quanto ao impacto produzido no setor saúde em termos de um conceito ampliado de saúde e do potencial de reorientar o setor.

A discussão gira em torno do Programa apresentar um modelo vertical advindo do Ministério da Saúde, a ênfase dada aos grupos de risco e nas ações básicas de saúde, sem uma retaguarda de ações e serviços de maior complexidade, o modo de financiamento e a formação das equipes ditas interdisciplinares, que ao final conta apenas com o médico e a enfermeira (Albuquerque, 1999; Levcovitz e Garrido, 199-; Cordeiro, 1996; Merhy, 1998).

Tais reflexões em última instância questionam até que ponto o PSF, de fato, é capaz de reestruturar o modelo de atenção básica à saúde, ou até que ponto mostra-se apenas como um meio de prestar assistência médica tradicional, introduzindo nesse o caráter humanizado do atendimento.

Castellanos (1993) afirma que “enfoque de alto risco” tende a estimular o desenvolvimento de modelos assistenciais verticais ou específicos para algumas doenças, tal como a maioria dos programas de erradicação que foram fomentados para a OMS, OPS e algumas fundações norte-americanas, no começo do século contra varíola, febre amarela, tifo, tripanossomíase e a malária.

Segundo o autor, não seria concebível um modelo assistencial organizado

exclusivamente sobre estratégias de alto risco, pois esse implicaria enormes injustiças e, além disso, ineficácia, já que alguns grupos de população com baixo risco, porém muito numerosos, podem produzir maior número de casos e de mortes que outro de alto risco, porém numericamente reduzido. Isto quer dizer que um alto risco relativo não significa necessariamente um alto impacto potencial sobre a saúde geral da população.

Nesse sentido valem algumas reflexões pois, se por um lado é bastante alardeando o poder do PSF em reduzir a mortalidade infantil, por outro mostra-se ainda um desafio à assistência integral que extrapole as ações básicas e os grupos de risco, se temos em mente a qualidade de saúde em uma perspectiva que vá além do controle da doença.

Introduzimos nessa discussão a questão do diálogo entre os saberes-práticas-poder do senso comum e técnico-científico, pois devemos atentar para o caráter regulador que a rede dos serviços de saúde, tal como o PSF, pode está representando. Caso contrário corremos o risco de assumirmos de forma acrítica modelos reguladores mais que geradores de autonomia.

Esse tema nos faz retomar a questão do poder discutido anteriormente introduzindo então novas facetas do mesmo, agora tomando como base Deleuze (1992) para o qual, existem várias práticas de poder distintas, a do soberano, a do disciplinador e a de controle. Segundo o autor, Foucault foi o pensador das sociedades de disciplina e de sua técnica de confinamento, através dos hospitais, das prisões, das escolas e das fábricas. Atualmente identifica-se um deslocamento para as sociedades de controle, onde esse ocorre de forma contínua e através da comunicação instantânea.

Deleuze afirma que não são mais os hospitais fechados que serão utilizados para o controle, mas a implantação “às cegas” de uma “terrível formação permanente”, a qual possibilita o controle do operário-aluno, do executivo-universitário, e assim sucessivamente.

No setor saúde o autor identifica que o controle pode ser expresso pela crise do hospital como meio de confinamento, sendo substituído pela setorização, pelos hospitais-dias, dos atendimentos a domicílio, os quais por um lado demarcam uma nova liberdade, “mas também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos” (Deleuze, 1992, p. 220).

Nesse caso, segundo o autor, o controle é de curto prazo e de rápida rotação, por um lado, e por outro apresenta a característica de ser contínuo e ilimitado, diferentemente da disciplina que era expressa por sua longa duração, infinitude e descontinuidade.

O controle tem seu desenvolvimento no momento em que não foi mais possível o confinamento de três quartos da humanidade que vive em extrema miséria, tendo de penetrar guetos e favelas em geral, impulsionando o dissipar fronteiras, como o autor nos fala:

“No regime dos hospitais: a nova medicina ‘sem médico nem doente’, que resgata doentes potenciais e sujeitos à riscos, que de modo algum demonstra um progresso em direção à individualização, como se diz, mas substitui o corpo individual ou numérico pela cifra de uma matéria ‘dividual’ a ser controlada”. (Deleuze, 1992, p. 225).

Não estamos com isso querendo recair sobre os erros apontados por Campos (1997) referentes supervalorização das possibilidades de reprodução do modelo neoliberal e por outro lado subestimar a capacidade dos diversos sujeitos sociais de influírem para a conformação da estrutura de produção e das instituições existentes, pois uma análise nessa perspectiva induziria a supor que os modelos dominantes seriam imutáveis.

Pelo discutido anteriormente, pudemos abstrair que nem um modelo por si só, é capaz de responder globalmente às diversas realidades cotidianas e que, é o modo particular como ele pode ser apropriado que poderá ou não, conformá-lo na perspectiva das mudanças radicais.

Nesse sentido, nos identificamos com as reflexões de Campos (1997a) que aponta algumas alternativas questionando a porta de entrada do modelo técnico-assistencial afinado com as diretrizes da Reforma Sanitária, onde o problema reflete-se em como substituir a modalidade dos consultórios, os quais terminam sendo privilégio de alguns setores, e caracterizado pelo pronto-atendimento, sem abrir mão dos aspectos positivos que existem neles, garantindo ao mesmo tempo, a integralidade da assistência.

O autor aponta que hospitais e não os consultórios médicos modernizaram-se no sentido da incorporação de equipamentos e sofisticação das instalações.

A prática do consultório tem demonstrado uma dificuldade de incorporar

saberes além do clínico, ficando de fora os conhecimentos advindos da educação em saúde, epidemiologia e psicanálise, entre outros.

Esse domínio restrito de conhecimento e tecnologia reforça a centralidade do hospital para resolução de problemas de saúde.

As vantagens do consultório clínico reflete-se na garantia da vinculação estreita entre o profissional e o paciente, além da facilidade de controle do usuário sobre o trabalho do médico. Essas vantagens deveriam ser mantidas associadas à incorporação de outros saberes.

Para reverter algumas características essenciais do modelo neoliberal, a rede de Centros de Saúde deveria rever a centralidade do hospital e da atenção individual.

O autor propõe que haja uma composição de tecnologia e de recursos da rede básica de tal forma a proceder um processo gradativo de “desospitalização”, esvaziando algumas funções do hospital, mantendo apenas o atendimento de casos graves quando a capacidade do usuário manter uma vida social autônoma estiver prejudicada e ainda, em situações onde haja riscos graves à saúde ou à vida.

Seria necessário também rever o pronto-socorro como principal forma de acesso à atenção individual curativa no Brasil.

Os centros de saúde devem equipar-se para prestar pronta atenção às intercorrências clínicas, ou seja, alívio do sofrimento físico ou psíquico agudos, nos usuários com quadros agravados apesar de estar com acompanhamento dos programas de controle de doenças crônicas, entre outras. Ou seja, tanto a demanda dos usuários devem ser consideradas, como deve existir mecanismos por parte dos serviços para garantir o acompanhamento posterior dos usuários que é algo igualmente essencial, pois o objetivo central seria colocar as práticas de saúde a serviço da vida.

Assim, a proposta de reestruturação do modo de produzir atenção básica identificada pelo autor, propõe “superar, negar e incorporar” nas modalidades de pronto-atendimento a tendência de valorização a “produção pela produção”, sem romper com o compromisso em relação a demanda, evitando a burocratização típica dos programas tradicionais, as quais negam legitimidade aos problemas apresentados dos usuários.

As unidades devem portanto, dotar-se de iniciativa e de criatividade “para

articularem um conjunto de ações para cada problema, de maneira que os recursos disponíveis respondam de imediato aos imperativos impostos pela dinâmica epidemiológica e social da cada região”, considerando de forma flexível as diferenças individuais, coletivas e de cada situação específica (Campos, 1997a, p. 161).

Nessa perspectiva, os centros de saúde devem apresentar acesso facilitado e maior possibilidade de resolver problemas deixando de lado a centralidade da doença, caracterizando-se pelo apoio “às pessoas com dificuldade de levar a vida em sociedade”. Tal postura demanda extrapolar o setor saúde e estabelecer articulações com outros setores, para que o cuidado deixe de ser esporádico para ser intensivo.

O referido estilo de reforma garante a absorção da demanda dos usuários, investindo para respondê-las institucionalmente e de forma racional, por outro lado, elimina “a postura passiva do pronto-atendimento” que apesar de absorvê-las, o faz sem criar condições para tal, impedindo a iniciativa da equipe que fica sobrecarregada.

Campos identifica uma certa distorção na consciência sanitária dominante em termos da clínica, epidemiologia, mercantilização da prática médica e da medicalização dos saberes sobre a saúde. Por outro lado, reflete que em termos de validação social do serviço público, mostra-se essencial o reconhecimento de que os elementos distorcidos já referidos anteriormente, uma vez incorporados ao mundo dos desejos e expectativas dos usuários e da comunidade, devem ser necessariamente considerados pelos gestores e técnicos.

Isso porque, segundo Campos, freqüentemente, a procura por um determinado tipo de atenção e a pressão da demanda são as únicas saídas da população expressar a sua vontade. Assim, parece essencial enfatizar que mesmo quando há participação dos usuários na gerência dos sistemas, a expressão de sua vontade, desejos e necessidades, não se esgota totalmente, por meio desse canal,.

Para efetivamente intervir nas dimensões discutidas até então, “as instituições públicas necessitariam desenvolver mecanismos para colocar-se de acordo com a complexidade e a diversidade da vida, quebrando a rigidez da relação profissional/clientela, dos horários e das padronizações das condutas e procedimentos” (Campos, 1997a, p. 173). Espera-se que o paciente saia o mínimo

possível de sua região, tendo a sua disposição um sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, envolvendo a realização e entrega de exames na própria unidade.

Faz parte essencial desse modelo tanto a preocupação com a consciência sanitária dos usuários e da comunidade como com a humanização do atendimento. É tarefa da unidade o intercâmbio com a população de informações médicas, epidemiológicas e de política de saúde, tanto individualmente, no dia-a-dia, durante o atendimento, como coletivamente através de grupos, discussões, etc. Nesse caso particular é necessário saber combinar o interesse e a preocupação das pessoas com o interesse técnico do serviço.

Quanto à humanização há um longo caminho a ser percorrido. O paciente deve sentir-se respeitado, apoiado, ajudado, informado, protegido e estimulado pelo serviço de saúde. As medidas para efetivar esse objetivo vão desde o respeito à intimidade do paciente (fechando a porta durante o atendimento, por exemplo) até o reconhecimento por parte da equipe de que as pessoas têm direito à informação. Podem e devem ser informados dos resultados de seu exame, medicação, do seu problema, da organização do serviço, etc.

Finalmente, retomamos a concepção de Castellanos (1993) de que todo grupo social tem direito a condições de vida compatíveis com sua sobrevivência e com o desenvolvimento de suas potencialidades e projetos.

Garantir tais direitos representa, portanto, uma exigência ética permanente para a epidemiologia e para a planificação das ações de saúde e bem-estar que devem responsabilizar-se por descrever e explicar a situação de saúde de diferentes grupos da população e contribuir com o desenvolvimento de serviços integrais visando à promoção, defesa, restituição da saúde e à elevação das condições de vida.

Assim, após as discussões acima, consideramos que as referidas exigências éticas impulsionam o diálogo entre os diversos saberes-práticas-poder, na busca de alternativas menos estanques e mais compatíveis com os desejos de cuidados expressos nas demandas dos usuários.

1.3.4. Discussão sobre o processo avaliativo da dimensão cuidadora no setor saúde

Na literatura consultada pudemos identificar as dificuldades em adequar os

métodos avaliativos de forma a articular os vários atores e perspectivas envolvidas na realidade social (Demo, 1991; Minayo, 1992; Tironi et al., 1992; Minayo & Sanches, 1993; Cecílio, 1994; Nogueira, 1994; Minayo, 1995; Cadernos FURDAP, 1996; Carvalho, 1996; Pitta, 1996; Campos, 1997b; Guerra, 1997; IBOPE, 1998).

Consideramos pois que, ao iniciarmos qualquer processo avaliativo, se faz necessário a tomada de consciência dos pressupostos de quem avalia, assim, em nossa pesquisa assumimos três pressupostos: a defesa dos princípios do SUS, a compreensão dos sujeitos-usuários como atores no processo de conformação do SUS, pois os mesmos apresentam uma intencionalidade na busca da expansão de sua racionalidade e, por último, que a dimensão cuidadora do modelo técnico-assistencial mostra-se como algo essencial a ser trabalhado na perspectiva do estabelecimento de relações dialógicas.

Tais pressupostos impõem-nos situar que os elementos a serem incorporados advêm da pesquisa qualitativa e que o seu instrumental não tem origem no planejamento, ainda que tenhamos nos aproximado deles, mas essencialmente, do arsenal das ciências sociais.

Mais especificamente trabalhamos no âmbito da Antropologia da Saúde¹³, a concepção de que “a Antropologia Médica é uma disciplina biocultural que trata dos aspectos biológicos e sócio-culturais do comportamento humano e, em particular, das formas com que tais aspectos interagem e têm interagido no curso da história humana, influenciando a saúde e a doença” (Foster e Anderson apud Helman, 1994, p. 26).

Minayo (1998) refere-se a uma pujança de temas e linhas teóricas ligadas a ‘Antropologia Médica da Saúde’, desenvolvida no Brasil, dentre as quais três estão envolvidas na discussão do presente trabalho, as relacionadas aos sistemas terapêuticos populares, às práticas e relações médico/paciente e a avaliação de Políticas e serviços de saúde.

Como já afirmamos, em nosso trabalho partimos do princípio de que o SUS mostra-se como uma proposta de mudança social e que, como tal, pressupõe uma revisão crítica e criativa de teorias e práticas que tradicionalmente vêm sendo

¹³ Existe uma discussão sobre a melhor denominação do campo de estudo que relaciona os processos de saúde aos aspectos sócio-antropológicos, sendo as mais comuns a Antropologia Médica e Antropologia da Saúde, em nosso estudo estaremos priorizando Antropologia da Saúde pois consideramos que o mesmo contempla melhor o seu caráter interdisciplinar. Para melhor

hegemônicas em nossa sociedade. Por isso, mais que respostas, essa discussão tenta explicitar questionamentos, levantar considerações, vislumbrando-os como possíveis caminhos para uma prática de permanente construção e desconstrução dos já referidos saberes e práticas instituídas.

Minayo (1992) refere que existe um peso do simbólico sobre a realidade ligada à saúde/doença e que esse dado representa um ponto essencial dentro de uma compreensão da saúde como fenômeno social.

Tomando Gurvitch, a autora afirma que os fenômenos sociais distinguem-se em níveis visíveis e invisíveis que são imbricados e que interagem. Dessa forma, os fenômenos visíveis seriam passíveis de serem expressos através da quantificação, seja através de equações, médias, gráficos e procedimentos estatísticos. Em um contínuo estaria o universo dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, os quais não seriam passíveis de quantificação e exigem referenciais e tratamentos diversos para a coleta e interpretação das informações obtidas.

Minayo adverte quanto ao caráter interdependente e interativo dessas dimensões que traz à tona questões essenciais como a interdisciplinaridade, triangulação, diálogo entre ciência, filosofia e o mundo da vida. E, ainda, que na epidemiologia se deveria evitar a produção de dados e indicadores de avaliação externos aos sujeitos, pois são eles que conferem significado às ações de saúde.

Dessa forma nos distanciamos da posição de Tironi et al (1992, p. 05) ao considerar que "... sem medir, portanto, não há como se avaliar um processo ou ação para melhoria da qualidade e produtividade".

Por outro lado, associada às dimensões visíveis e invisíveis da realidade, encontra-se a discussão sobre a qualidade, o que para Demo (1991, p. 15) também teriam duas dimensões a formal e a política, onde a primeira "refere-se a instrumentos e a métodos e a segunda a finalidades e a conteúdos".

Portanto, quando se aborda a questão dos indicadores, costuma-se tomar a parte como o todo, ao abordar a qualidade formal e o mundo do explícito como se não existissem o invisível e a qualidade política.

Diante do exposto, observamos que os indicadores clássicos de saúde, cumpriram, apenas, o objetivo de avaliar os aspectos mais explícitos da realidade e da qualidade formal, mas que necessitaria pôr em relevo a discussão sobre o

conceito de Lourau apud Carvalho (1996) sobre 'analísadores', os quais a nosso ver, poderiam vir a apreender os aspectos da ordem do invisível e da qualidade política. Segundo Carvalho (1996), os analisadores na concepção de Lourau estariam relacionados ao campo da intervenção e dos atores nelas implicados.

Ao avaliar a dimensão cuidadora do modelo técnico-assistencial de saúde, a qual envolve algo da ordem da intersubjetividade e como tal de natureza implícita à realidade social, temos que discutir sobre analisadores, de tal forma que esses nos sirvam de base para o processo de avaliação que extrapole as dimensões formais e busquem atingir a dimensão política da qualidade. Pois a criação de indicadores/analisadores deve pautar-se na especificidade de cada experiência e atores envolvidos (Minayo, 1994a; Carvalho, 1996; Campos, 1997a; Campos, 1997b).

Retomando Campos (1997a), compreendemos que gerir visando a mudanças é definir prioridades e implica em assumir riscos de trabalhar sobre alguns aspectos ou serviços em detrimento de outros, riscos esses que devem ser conscientes e compartilhados, utilizando-se do diagnóstico epidemiológico, na avaliação dos usuários e no saber dos técnicos sobre a comunidade.

A avaliação do usuário coloca-se como mais um ponto essencial, quando se pensa em definir indicadores/analisadores de saúde, pois essa deveria basear-se em uma compreensão sobre as representações que lhe são próprias, o mais globalmente possível e não apenas informar sobre demandas e necessidades dentro de um enquadre técnico-científico rígido. Pensadas dessa forma, as representações/demandas dos usuários não representam um universo que possa ser apreendido exclusivamente por metodologias que investem na medição da qualidade e utilizam enquetes de opinião como nos propõe respectivamente Tironi et al (1992) e IBOPE(1998).

Consideramos a capacidade de colocar em diálogo as representações do senso comum e técnicas, como um analisador com alto potencial para produção de práticas inovadoras, uma vez que significa incorporar uma perspectiva a mais no processo contratual que estimula autonomia e responsabilidade, com a conformação do modo de produzir saúde.

O referido diálogo pressupõe atores com perspectivas, visões e interesses distintos e, por vezes, conflitivos e que ao serem excluídos do processo de

mudanças, atuam, ao nosso ver, como forças contrárias a elas. Assim, Campos (1997a) identifica três atores no setor saúde que seriam o governo, usuários e profissionais de saúde, atores esses que, na forma como participam, contribuem para a conformação do SUS.

Para um processo avaliativo que contemple tais aspectos, uma questão importante a considerar é o tipo de serviço e de modelo assistencial pretendidos, para só então haver uma proposta de avaliação (Carvalho, 1996) e nós incluímos nesse ponto, como igualmente essencial, definir a noção de sujeito que baseia tal processo.

Segundo Carvalho, mesmo quando temos tecnologias como a de Donabedian que parecem complexificar a avaliação incluindo a satisfação dos usuários, não ocorre um questionamento do modelo dominante, ou seja, o da medicina científica.

De certa forma, não há uma avaliação deste saber que é considerado como o padrão sobre o qual se desenvolverão os processos avaliativos. Também, o aspecto interrelacional fica um pouco a mercê do que este saber define como “bom” ou “ruim” tendo que se reformular para satisfazer o usuário sem questionar seus princípios, o que nos leva a duvidar de seu potencial de contemplar aspectos relacionadas ao processo saúde/doença sugeridos pelos usuários que saíssem do eixo da medicina científica (Carvalho, 1996).

Comungamos, então, com Carvalho na constatação da inexistência de um questionamento nestes esquemas avaliativos, citados acima, dos aspectos históricos constituintes das práticas de saúde que eles pretendem avaliar, no sentido de localizar as relações de saber-poder que constituem seus efeitos. Ou seja, o que importa nestes esquemas é que a formulação de tecnologias (literatura médico-científica e seus procedimentos) atue sob forma de determinado modelo (medicina científica), obtendo o resultado de uma determinada ética (bem-estar do indivíduo segundo o que a ciência postula).

Mesmo quando o ator-usuário é levado em consideração, este é visto como a população ou como indivíduo, objeto de um saber e não como sujeito-histórico que possui um saber e especificidades sobre as práticas de saúde que os modelos assistenciais hegemônicos não levam em consideração.

Portanto, uma nova proposta de avaliação deve aproximar-se mais da possibilidade de intervenção nas práticas de saúde e levar em consideração a

construção de modelos assistenciais que possam ser analisados do seu interior, desde as relações de saberes-práticas-poder existentes.

A questão não é só a de definir os parâmetros de qualidade a serem alcançados pelos serviços, ou medi-los através de métodos quantitativos ou qualitativos ou utilizando ambos, mas mapear as relações e acontecimentos que perpassam nesses serviços, não considerando seus processos (utilizado o termos de Donabedian) como algo dado, único, verdadeiro e natural (Carvalho, 1996).

Esse referencial aponta que a escolha de um processo avaliativo não pode ser um procedimento meramente técnico. O conceito de tecnologia proposto será aquele em que os instrumentos utilizados para a avaliação não compreendam somente os recursos físicos e humanos, mas também possam conectar, recortar, perceber as novas visões nas relações entre saberes-práticas-poder que ocorrem dentro de um serviço e fora dele. Assim, o modelo assistencial no qual a avaliação vai se debruçar deve ser contextualizado e não ser tomado como uma regra a ser seguida a qualquer custo.

Abre-se, então, um espaço para pensar a demanda em uma perspectiva diferenciada da forma como é compreendida hegemonicamente.

A demanda é comumente definida e tratada na saúde como aspectos explícitos e objetivos, sendo um exemplo dessa tendência a seguinte definição:

“A demanda por um bem ou serviço pode ser definida como quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo, dadas as restrições orçamentárias”. Como podemos ver nessa perspectiva, a demanda aparece como algo exclusivamente explícito e quantitativo.” (Lunes, 1995, p. 99)

O autor faz, ainda, uma distinção entre demandas e necessidades, onde as primeiras entrariam em choque com as segundas. Esse choque ocorreria devido ao fato de que as demandas estariam relacionadas com a liberdade e autonomia de escolha do consumidor, a partir de suas próprias estruturas de preferências. Por outro lado, as necessidades têm como base definições técnicas, tais como a quantidade de serviços médicos a serem consumidos em um determinado período de tempo.

Na presente discussão estaremos nos distanciando do conceito de demandas expresso por Lunes por considerá-lo insuficiente para uma dimensão cuidadora que

vislumbre os aspectos discutidos no tópico anterior de acolhimento, vínculo, responsabilização e relação de diálogo entre os saberes-práticas-poder do senso comum e técnico-científico.

Passamos, portanto, a compreender a demanda na perspectiva de Cardoso & Cunha (1994, p. 44) que a define como constituída de um tripé que deve ser considerado e analisado, pois caso contrário fica “agindo como forças latentes e, até mesmo, podem impedir ou neutralizar a ação de atendimento”.

O tripé da demanda mencionado pelos autores está composto pelo *pedido*, pelo *desejo* e pela *necessidade*. O pedido envolveria o explícito que, em geral, é tido como o todo da demanda; o desejo seria o que o cliente quer, ou seja, aquilo que mobiliza seu interesse ou motivação e a necessidade o que precisa que seja feito para resolver o problema que levou a formular a demanda (Cardoso & Cunha, 1994, p. 43).

Os autores não aprofundam os três pontos do tripé propostos como constitutivos da demanda, motivo pelo qual gostaríamos de problematizar a questão da necessidade como algo concreto e diverso do desejo, podendo, no máximo, ser considerada como uma resposta ao “desejo “ e não um componente do mesmo.

A partir da leitura de Mendes Gonçalves (1992) podemos compreender que as necessidades sociais divergem das necessidades individuais, pois as primeiras estão na ordem da manutenção do *status quo*, enquanto as segundas podem desenvolver um caráter emancipatório, motivo pelo qual acreditamos que ao considerar o desejo enquanto o tripé da demanda, devem estar contempladas as necessidades individuais.

Compreendendo-se que a complexificação do trabalho proporciona necessidades também cada vez mais complexas, as demandas dos usuários serão sempre dinâmicas e contraditórias.

Considerar as demandas não significa fazer “tudo o que o cliente quer”, mas, antes de mais nada, compreender as suas representações visando a estabelecer canais de comunicação que considerem os atores envolvidos, pois seria nessa busca que se garantiria o desenvolvimento de qualidade em saúde.

Se Demo (1991), por um lado, fala que qualidade é participação, nós, baseados em toda discussão anterior, acrescentamos que a participação só será efetiva, se os atores puderem estar existencialmente participando e definindo novos

modos de organização e assistência em saúde.

Sem desconsiderar todos os demais fatores que não foram tratados nesse trabalho, por não compor o eixo do nosso objeto de estudo e que envolvem as ações clássicas do planejamento e da epidemiologia, as quais apresentam relevância próprias, enfatizamos a afirmação de Cardoso & Cunha (1994, p. 35) de que "sintetizando essa compreensão, pode-se dizer que a qualidade de atendimento é qualidade de relacionamento".

Para concluir, gostaríamos de registrar que o modo como compreendemos os processos avaliativos, as formas clássicas de avaliar a satisfação e demandas dos usuários, enquadram-se ainda dentro da avaliação formal e vislumbram apenas os aspectos visíveis da realidade social, uma vez que a relação com o usuário ainda ocorre, desconsiderando-o como sujeito/ator/usuário.

Seria ainda a preponderância da racionalidade técnica sobre a do senso comum e não uma prática de diálogo entre elas. O conhecimento técnico das demandas e necessidades dos usuários são abstraídas para a sua adequação ao modelo técnico-assistencial já existente e não como algo constitutivo desse, um apêndice, não sua entranha.

Como já vimos anteriormente, existe um fosso entre esses conjuntos de saberes-práticas-poder, onde o técnico-científico tem predominado, mas ainda assim, jamais conseguiu aniquilar ou imobilizar o paralelismo do sistema popular de saúde.

A avaliação das representações dos usuários da forma como foi delimitada nesse estudo representa, portanto, uma tentativa de aproximação da qualidade política definida por Demo (1994), bem como dos aspectos intersubjetivos que lhe são subjacentes e, como tal, reivindica um processo avaliativo enquanto postura cotidiana na prática de assistência, planejamento e gestão.

Ressaltamos ainda a importância de observar o modo como as tecnologias leves, trabalhadas anteriormente, são articuladas às duras e leve-duras nos modelos técnicos assistenciais de saúde e uma forma de abstrair tal articulação é atentar para as representações dos usuários no processo do cuidado em saúde.

Desconsiderar as representações dos usuários sobre o processo o cuidado em saúde e suas estratégias frente aos serviços oficiais de saúde seria, portanto, como avaliar o planeta, sem um de seus elementos básicos, água, ar, terra e fogo e

suas interações, movimentos e interferências, por vezes imperceptíveis, mas concretas sobre o mundo.

1.3.5. Considerações finais

Pela discussão realizada, alguns pontos merecem ser articulados, visando a demarcar os elementos e perspectivas teóricas que assumimos nesse trabalho.

O primeiro aspecto a ser abordado diz respeito às potencialidades e limites dos saberes-práticas-poder do senso comum e o de natureza técnico-científico, referentes aos assuntos ligados à saúde.

Por um lado, o conhecimento do senso comum é colocado hegemonicamente como sinônimo de “atraso”, “falso conhecimento”, “limitado”, “reprodutor de práticas”.

Durante a revisão bibliográfica, tal ponto de vista pode ser questionado e foi identificada uma complexificação das representações sociais como o conhecimento-prático-afetivo legítimo do senso comum, o qual estará agindo na conformação do modo de vida das pessoas, intercambiando subjetividade e constituindo no cotidiano realidades contraditórias, conflitivas e dinâmicas.

Nesse sentido, o estudo das representações sociais é compreendido como essencial para apreender os diversos modos de lidar com os cuidados referentes à saúde em sociedades e em épocas específicas.

Por outro lado, a discussão sobre os conhecimentos-práticas-poder de natureza técnico-científica tem apontado para a compreensão sobre os mesmos, como os únicos verdadeiros e, como tal, legítimos. Tal legitimidade se sustenta nos avanços da melhoria dos quadros de morbi-mortalidade da população e tem servido de base para a recomendação da chamada “medicalização da sociedade”, como algo natural e sinônimo de avanço social.

Este fato também foi abordado em nossa discussão, quando evidenciamos as possíveis “iatrogenias” que a medicina pode provocar ao invadir todos os campos da vida cotidiana, por tornar-se disciplinadora de padrões de vida e comportamento compatíveis com as leis de mercado, assumindo assim um caráter contraditório, onde se tratam e se curam vidas e, por outro, as restringem em termos de autonomia e diversidade.

Identificamos, ainda, que esses dois campos sistematicamente têm andado

em paralelo e que seus defensores desconsideram as singularidades identificadas como do campo oposto, como se elas, por apresentarem características e utilidades distintas, fossem incomunicáveis, o que torna nítida a demarcação dos campos científico e do senso comum.

Ocorre que na área da saúde e mais especificamente na saúde pública todos os serviços, ações e procedimentos são inerentes ao campo interpessoal, onde aqueles que fazem o planejamento e acompanhamento, em geral, têm um padrão sócio-econômico-cultural-existencial marcadamente diferente do usuário assistido.

Daí decorre que muitas das ações e serviços racionalmente planejados, do ponto de vista técnico, por vezes não obtêm a adesão esperada por parte dos usuários, uma vez que esses últimos não encontram, ressonância do que lhe é oferecido pelo sistema oficial de saúde e as suas necessidades, realizando seu próprio planejamento, de forma a driblar os obstáculos encontrados em tal sistema.

Esta situação nos faz retomar a discussão sobre a noção de que o campo da saúde é composto por tecnologias “dura, leve-dura e leve” e que a tecnologia leve trata sobre a relação interpessoal, sendo sistematicamente desconsiderada, em função da ênfase dada às tecnologias duras.

A ênfase nas tecnologias duras demonstra uma perspectiva técnico-científica, enquanto os usuários buscam a solução de seus problemas de forma global, não fragmentada e que reflita um resgate ou ampliação de sua autonomia frente à vida.

Pensar que existe um potencial reflexivo e de intencionalidade no modo como os usuários relacionam-se com os serviços oficiais de saúde e que esses possuem um poder, capaz de exercer pressão sobre as ações e serviços de saúde de caráter oficial, pressupõe considerá-los como “sujeito” de ação a compor o quadro dos elementos constitutivos que interferem, direta ou indiretamente na conformação do setor saúde.

Com os elementos descritos, concluímos que os processos de planejamento, gestão, assistência e avaliação em saúde apresentarão sempre sérios problemas, enquanto não forem incorporadas as representações dos usuários da localidade e da época em questão, sobre os cuidados em saúde. E, na perspectiva do modelo técnico-assistenciais, as tecnologias leves continuará ocupando um espaço marginal, como algo que não deve ser priorizado pela Política de Saúde.

Quando falamos aqui na incorporação da perspectiva do usuário e das

tecnologias leves, estamos referindo-nos ao estabelecimento do diálogo entre os saberes-práticas-poder que estão perpassando a prática do cuidado e ser cuidado. Compreendemos que a complexidade inerente ao mundo atual e à vida nesse mundo extrapola qualquer campo isolado de saber/fazer. E, ainda, que as construções cotidianas possuem também um potencial de se impor, mantendo ou transformando padrões sociais, onde o critério da perspectiva a ser adotada depende dos interesses e do sentido atribuído à realidade vivida com todos os seus condicionantes.

Nesse ponto, estão dadas as bases para compreender que a avaliação em saúde não deve parar na simples análise da satisfação ou demandas dos usuários em relação aos serviços e ações de saúde. Necessita ir além, conhecendo as representações dos usuários e sistematizando trocas dialógicas com o saber-fazer técnico-científico, visando a maximizar o potencial criativo e transformador de cada um desses saber-fazer-poder.

Falar em sistemática dialógica entre esses saber-fazer-poder implica o estabelecimento de espaços privilegiados para trocas, nos processos de planejamento/gestão, avaliação e assistência. Caso contrário, o poder de conformação do SUS, em que os usuários não organizados politicamente em associações, conselhos gestores, entre outros, estarão sempre atuando como assombração a ser exorcizada e que não permitem avanços significativos no cuidado à saúde, para além do combate à doença e à morte, portanto, atuando no campo da negatividade e não da positividade, em relação ao conceito de saúde enquanto “ grau máximo de autonomia para andar a vida”.

1.4. A metodologia

Na perspectiva dialética, segundo Minayo (1994), o processo de conhecimento apresenta algumas características, dentre as quais assumimos como essenciais para a compreensão do perfil do presente estudo, a que diz respeito ao seu caráter aproximado, uma vez que se abandona a idéia positivista da existência de verdades absolutas sobre os fatos. A inacessibilidade do objeto de conhecimento em todas as suas dimensões, defendida pela perspectiva dialética, implica na compreensão de que qualquer produção de conhecimento aponta para representações, só possíveis de serem abstraídas a partir de um dado ponto de

vista.

Minayo (1994) cita autores como Lúckacs, Habermas e o perspectivismo de Mannheim para enfatizar a estreita vinculação entre pensamento e ação, referindo que nenhum problema pode manifestar-se intelectualmente, sem que antes também se tenha apresentado enquanto problema da vida prática.

Ainda podemos citar uma característica da produção de conhecimento, apontada pela autora, dessa vez dialogando com Mannheim, que se refere ao seu caráter simultaneamente interessado e de relativa autonomia. Tal afirmação significa, em última instância, reconhecer que qualquer produção ocorre dentro de um conjunto de condicionantes históricos, não se podendo, no entanto, definir as utilizações do que foi produzido, pois um fato histórico ou sociológico ao ser criado, fica susceptível a ser incorporado aos sistemas interpretativos dos demais grupos ou classes. (Mannheim apud Minayo, 1994).

Assumidas as características acima sobre o processo de produção de conhecimento, gostaríamos de situar que a opção pela abordagem qualitativa decorreu da observação da natureza do objeto de estudo, o qual se situa no plano das representações dos usuários.

Dessa forma, consideramos apropriada a afirmação de Parga Nina apud Minayo (1994, p. 82-83) de que a utilização de métodos e técnicas “não-quantitativas é conseqüência da necessidade de captar algo dos aspectos subjetivos da realidade social...”.

Queremos enfatizar que a cientificidade da abordagem qualitativa baseia-se no esmero do quadro teórico, suficientemente amplo e capaz de abordar aspectos relevantes do objeto em estudo, pois segundo Malinowski apud Minayo (1994), será baseado nesse quadro que as questões essenciais da busca de conhecimento se darão, devendo-se, no entanto, estar atento para a manutenção da abertura e flexibilidade frente a esse quadro teórico para que não se perca de vista as particularidades advindas da realidade empírica.

Sobre a representatividade na pesquisa qualitativa tomamos o conceito de ‘habitus’ de Bourdieu apud Minayo (1994, p. 110), o qual demonstra que a fala de alguns pode ser representativa de muitos uma vez que, “as condições de existência tendem a reproduzir sistemas de disposições semelhantes, através de uma harmonização objetiva de práticas e obras”. As referidas condições idênticas de

existência, provocaria efeito de ‘universalização’ e ‘particularização’, caracterizando, ao nosso ver, um processo dialético, onde os indivíduos ao mesmo tempo identificam-se e diferenciam-se entre si. O ‘habitus’, segundo Minayo (1994, p.112), poderia ser comparado ao inconsciente, uma vez que representa “as marcas das posições e situações de classe.”

Algumas dificuldades identificadas quanto ao desenvolvimento e à validade dos estudos qualitativos dizem respeito a possibilidade do empirismo, inerente a essa abordagem, produzir a idéia de que a visão que as pessoas têm sobre os fatos, seja os próprios fatos, uma certa tendência em descrever os fenômenos em detrimento da realização da análise, o inerente embricamento do pesquisador com o objeto e, ainda, a própria dificuldade em estudar os “estados mentais” (Machado 1990; Minayo, 1994; Farr, 1995; Perrusi, 1995; Haguette, 199-).

As referidas dificuldades, mais que traduzir a impossibilidade ou invalidez do estudo de base qualitativa, devem servir como balizador de uma prática de pesquisa, fundamentada em critérios de cientificidade próprios da área das ciências sociais e que possa haver uma criteriosa descrição do ‘caminho do pensamento’ seguido na pesquisa, como nos propomos fazer nesse espaço (Habermans Apud Minayo, 1994).

1.4.1. O objeto de estudo e a metodologia

Esse estudo teve a intenção de apreender as representações sociais dos usuários de saúde da comunidade Nossa Senhora da Conceição sobre o processo saúde/doença, o diálogo estabelecido entre os saberes-práticas-poder do senso comum e técnico-científico e a dimensão cuidadora da prática assistencial de saúde desenvolvida no município de Moreno.

Como já trabalhamos em nossa discussão teórica, as representações sociais são estruturas sócio-cognitivo-afetivas que, ao serem analisadas, devem ser consideradas no contexto que as engendram e a funcionalidade que exercem nas interações sociais vivenciadas no cotidiano, atentando, ainda, para o conhecimento que lhe é subjacente e os determinantes de sua elaboração. (Spink , 1995; Farr, 1995)

Estariam assim dadas as bases para a definição do estudo de caráter qualitativo.

O caráter exploratório pode ser entendido quando Samaja apud Machado (1999, p. 42) aponta como objetivo desse tipo de estudo “desenvolver a experiência necessária para criar ou selecionar idéias de categorias de análise mais relevantes e para posterior formulação de hipóteses explicativas”.

Tal colocação de Samaja contempla o objeto desse trabalho, uma vez que poucos estudos têm sido desenvolvidos para compreender as representações dos usuários frente aos modelos técnico-assistenciais de saúde, considerando-os como sujeito constituinte dos referidos modelos. Os estudos mais freqüentes são os que consideram apenas o nível de satisfação dos usuários e não sua incursão sobre a realidade dos serviços e ações de saúde (Carvalho, 1996).

1.4.2. As técnicas e os instrumentos

Atentando para a questão da validação de nosso trabalho, adotamos o que na pesquisa qualitativa chama-se ‘triangulação’, que representa a utilização concomitante de várias técnicas e modalidades de análise, informantes e observações diversas, com vistas a confrontar os dados obtidos na entrevista (Minayo, 1994; Spink, 1995).

Como Categoria da Análise adotamos as Representações Sociais, enquanto o trabalho de campo foi entendido como o conjunto de elementos advindos da observação participante, entrevistas e leitura de documentos ligados à educação em saúde e ao modelo assistencial de saúde do Município, representando, portanto, estratégias adotadas para aproximação da realidade empírica, sobre as quais gostaríamos, no momento, de fazer algumas considerações.

1.4.2.1. A entrevista

Quanto à entrevista podemos destacar que a mesma se mostra como uma técnica, onde se lida com o controle de informações simultaneamente por parte do entrevistado e entrevistador. Berrman apud Minayo (1994) considera relevante estar atento para esse fato, no momento da entrevista, uma vez que para a compreensão da realidade, interessa igualmente as informações oficiais (‘região exterior’), quanto aos segredos só acessíveis aos seus pares (‘região interior’), já que ambas as

regiões e seus significados, mostram-se como algo intrínseco à referida realidade.

Uma vez que a presente pesquisa visou a apreender sistemas de valores e de representações, o questionário, como afirma Minayo (1994), mostra-se insuficiente, pois o mesmo estrutura o campo de investigação a partir do referencial do pesquisador, o que teria como consequência um distanciamento dos significados que traduzem o quadro de referência dos informantes. Assim adotamos as entrevistas semi-estruturadas, organizadas em eixos temáticos, com roteiro previamente elaborado¹⁴.

A entrevista semi-estruturada pode ser entendida como aquela onde os temas são estruturados como um roteiro para o entrevistador e por outro lado facilite a expressão da perspectiva do informante de forma mais espontânea e profunda possível (Thiollent, 1987; Minayo, 1994; Acioli, 1995; Haguette, 19--; Machado, 1999).

Assim, compartilhamos com a seguinte afirmação em relação à entrevista:

“...Assume-se que a inter-relação no ato da entrevista contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências e a linguagem do senso comum, e é condição ‘sine qua non’ do êxito da pesquisa qualitativa” (Minayo, 1994, p. 124).

Foram realizadas sessenta entrevistas, bastante enriquecedoras por terem possibilitado um contato mais próximo com a realidade estudada e que representaram um indicativo da aceitação por parte dos usuários que demonstraram o desejo de participar da pesquisa.

Para o processo de análise do material foram transcritas trinta e quatro das sessenta entrevistas e com esse material, observamos certa recorrência no conteúdo dos discursos, analisadas não em termos de frequência, mas dos significados atribuídos à realidade, pois nem sempre o mais freqüente é o mais significativo (Minayo, 1994; Perrusi, 1995).

1.4.2.2. A observação participante

A estratégia de coleta de dados através da observação participante foi utilizada por ser compatível com o que se pretendeu obter com essa pesquisa, onde, associada à técnica da entrevista, buscamos complementar informações

sobre comportamentos, hábitos e relações peculiares a um grupo, o que nos viabilizou uma maior aproximação com o cotidiano dos usuários em suas vivências com a prática da assistência em saúde.

Com a referida aproximação, procuramos apreender os sentidos, definições e ações construídas pelos usuários, em seu contato cotidiano com os cuidados em saúde, os quais foram apreendidos a partir da compreensão de que as condições sócio-econômicas e culturais os perpassam permanentemente.

Haguette(19--) cita Kluckhohn para chamar atenção para a necessidade do “compartilhar consciente e sistemático” da realidade a ser estudada, o que fizemos em todo o processo do presente trabalho.

Quanto ao planejamento da observação participante estivemos atentos à elaboração prévia do roteiro, baseada no marco teórico conceitual e incluídos elementos advindos da realidade empírica (Minayo,1994; Machado, 1999).

O período da observação participante durou de julho a novembro de mil novecentos e noventa e nove. Essa estratégia teve início através de contato com os gestores, Conselho Municipal de Saúde, observação da dinâmica existente na Unidade do PSC situada na comunidade Nossa Senhora da Conceição, das consultas médicas e de enfermagem, das visitas realizadas pelas agentes comunitárias de saúde e, apenas a partir daí, introduzimos a realização das entrevistas com os usuários. Após algum tempo na comunidade, as entrevistas e a observação participante passaram a ser realizadas simultaneamente.

Durante a observação na unidade do PSC pudemos abstrair muito do modelo técnico-assistencial adotado no município, uma vez que ele se reflete na assistência prestada à população.

1.4.2.3. A análise documental

Para complementar a observação participante, alguns dados secundários foram consultados com a intenção de compreender melhor o modelo técnico-assistencial de saúde do município, as condições sócio-econômicas, culturais, sociais e epidemiológicas da população, assim como o material utilizado para educação em saúde por parte da equipe do PSC.

¹⁴ O roteiro encontra-se em anexo.

1.4.3. Os informantes

Visando a abstrair a realidade em seus aspectos singular e geral, consideramos três dimensões do informante: o município, a comunidade e os usuários.

1.4.3.1. O Município

Constituíram critérios para a definição do Município para estudo:

- Estar implementando modelo assistencial comprometido com os atuais princípios e diretrizes da Reforma Sanitária brasileira;
- Apresentar certo nível de autonomia de gestão do sistema de saúde para o desenvolvimento de projetos compatíveis com a realidade local;
- Haver interesse e disponibilidade por parte dos gestores, equipes e comunidade para conhecer as representações dos usuários sobre as práticas assistenciais do município em questão;
- Garantir condições de autonomia para a realização da pesquisa;
- Facilidade de acesso aos gestores, equipes, comunidade e usuários.

Dentre alguns municípios contactados Moreno foi o que melhor demonstrou as condições acima, motivo pelo qual foi eleito como campo de estudo.

1.4.3.2. A comunidade

A comunidade a ser pesquisada foi definida observando o tempo mínimo de um ano de implantação dos serviços e ações, propostas pelo atual modelo técnico-assistencial, uma vez que consideramos essencial garantir as condições suficientes para que os usuários o representassem. A escolha ocorreu a partir dos contatos institucionais, o que permitiu ampliar o nosso nível de compreensão, possibilitando uma definição com bases na realidade local.

O Loteamento Nossa Senhora da Conceição, que teve uma das primeiras Unidade do PSC implantada em 1998, apresenta uma localização estratégica em termos de acesso aos serviços e ações de saúde conforme proposto no modelo assistencial de saúde do município, apresentando, ainda, acesso fácil e uma

aceitação em participar da pesquisa.

Toda a comunidade foi previamente visitada pela autora e a partir daí procuramos entrevistar, no mínimo, um morador em cada rua. Identificamos com o reconhecimento da comunidade que o nível sociocultural e econômico dos moradores trazia certa similaridade, exceto nas invasões onde observamos maior precariedade em termos de moradia.

O Loteamento foi fundado em mil novecentos e oitenta e dois e identificamos que os moradores, em sua maioria, residiam há mais de cinco anos nessa comunidade.

Das atividades de rotina da comunidade, observamos hábitos típicos de interior onde os vizinhos estabelecem laços de amizade, cooperam uns com os outros, trocam informações e se visitam. As donas-de-casa, em geral, levam as crianças para a escola, cozinham e arrumam a casa, enquanto os maridos saem para trabalhar. A renda familiar é, em geral, oriunda do trabalho masculino, sendo, portanto, esse o provedor do grupo familiar exercendo várias atividades no mercado informal de trabalho.

1.4.3.3. Os usuários

Para tentar a aproximação da totalidade do nosso objeto de estudo, consideramos os usuários identificados como estratégicos, para os assuntos ligados à saúde.

No processo de trabalho de campo, além da amplitude do quadro teórico, estivemos atentos para a questão da amostra, onde poderíamos considerar como ideal “aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões” (Minayo, 1994, p. 102).

Assim, as mulheres foram as informantes mais comuns, mesmo quando os maridos estavam em casa, pois elas foram apontadas como as que poderiam contribuir com a pesquisa. Essa realidade mostrou-se compatível com os estudos que demonstram o papel ativo da mulher frente aos cuidados de saúde da família (Boltanski, 1984; Queiroz e Puntel, 1997; Gregório, 1999).¹⁵

¹⁵ A referida realidade caracteriza uma questão de gênero, a qual não poderá ser analisada no momento por tratar-se de um campo de conhecimento específico, e que apresenta referenciais

Optamos ainda por entrevistar pessoas que moravam por, no mínimo, um ano na comunidade, uma vez que a unidade do PSC foi implantada nesse período e representa um marco da reformulação da prática assistencial de saúde do Município.

Os residentes há mais de um ano na comunidade foram considerados como os que poderiam nos fornecer informações mais processuais de possíveis mudanças ocorridas na dimensão cuidadora do atual modelo técnico-assistencial.

Os informantes foram voluntários e no momento da entrevista foram considerados alguns aspectos éticos, como a garantia do sigilo, a prévia informação sobre a natureza dos temas da entrevista e seus fins acadêmicos.

Ainda considerando os aspectos ligados à liberdade e privacidade dos usuários, antes do início das entrevistas observamos o local mais reservado da casa, estabelecemos um diálogo e só ligamos o gravador depois da prévia autorização e motivação do informante.

A população pode ser considerada de classe média baixa e pobre, o maior número de informantes foi do sexo feminino correspondendo a trinta e um dos trinta e quatro entrevistados.

Entre as mulheres entrevistadas 42% identificaram-se como donas-de-casa, 19% como trabalhando fora de casa, 10% definiram-se como desempregadas, 6% como aposentadas e 13% não se definiram explicitamente, mas pelo observado durante a entrevista, poderiam ser consideradas donas-de-casa. Dos homens, dois estavam desempregados e um aposentado por invalidez.

O nível de escolaridade predominante entre os usuários foi de primeiro grau menor, representando 41%, enquanto os com o primeiro grau maior completo somaram 26,5%, os com segundo grau ou técnico 11,8% e apenas um estava inserido em um curso universitário.

Do total dos informantes, 79% eram casados e 65% católicos, ainda que não fossem, respectivamente, casados civilmente ou praticantes.

Quanto à faixa etária, as pessoas identificadas para falar sobre a saúde da família informaram ter entre vinte anos e quarenta e oito anos. Foram bem reduzidos os informantes com menos de vinte (apenas três) e maiores de cinquenta (apenas

teórico-metodológicos próprios com características diferentes dos adotados em nosso estudo.

três).

Ainda pudemos identificar que 66% residiam na comunidade há mais de seis anos.

As informações acima demonstram ter o grupo certa homogeneidade de condições sócio-econômicas e culturais.

1.4.4. Análise do material

No processo de análise do material alguns cuidados foram observados, dentre eles, a necessidade de superar a ilusão da transparência, buscar ao máximo a fidedignidade (significação) e superar a dificuldade de articular teoria e dados empíricos (Minayo, 1994).

A superação da “ilusão transparência”, da busca de fidedignidade e articulação da teoria e prática nos remete à questão da comunicação, sobre a qual tomamos a seguinte citação como exemplar do processo que vivenciamos para analisar o conteúdo advindo de nossos informantes:

“A compreensão de uma manifestação simbólica exige essencialmente a participação em um processo de entendimento. Os significados, que se encarnam em ações, em instituições, em produtos do trabalho, em contexto de cooperação ou em documentos, somente podem ser iluminados a partir de dentro. A realidade, simbolicamente pré-estruturada, constitui um universo que pode ser incompreensível apenas se for enxergada com os olhos de um observador incapaz de observação...” (Habermans Apud Perrusi, 1995, p. 131-132).

A compreensão dos fenômenos não se dá de forma linear e consensual, gerando interpretações diversas de uma dada realidade, a partir de vários condicionantes teórico-práticos envolvidos na pesquisa. A validade das interpretações é baseada, não no consenso, mas em alguns critérios estabelecidos na concepção do próprio projeto de estudos, onde podemos destacar os de coerência, consistência, originalidade e objetivação.

Um segundo critério de validação observado nesse estudo foi a comparação e crítica intersubjetiva, as quais extrapolam o estudo em si, dizendo respeito ao modo como ele se relaciona com o acúmulo de conhecimento já adquirido em uma determinada época e ao nível de coerência de suas afirmações.

O terceiro critério de validade considerado foi a própria prática social, significando que estivemos atentos durante todo o processo de análise do material aos elementos empíricos advindos de uma realidade social contextualizada.

Foi, pois, nessa perspectiva mais global de compreensão dos significados e validação da interpretação que adotamos as seguintes medidas operacionais para a análise do nosso material:

- 1- Transcrição integral das entrevistas;
- 2- Leitura flutuante do material;
- 3- Retorno aos objetivos da pesquisa definindo claramente o objeto da representação;
- 4- Construção dos mapas que transcrevem toda a entrevista, respeitando a ordem do discurso;
- 5- Transportar as associações para gráficos, pontuando as relações entre elementos cognitivos, as práticas e o investimento afetivo;
- 6- Proceder uma síntese-interpretação (Minayo,1994; Spink,1995).

CAPÍTULO II

*“Cuidar é mais que um **ato**; é uma **atitude**.
Portanto, abrange mais que um **momento**
de atenção, de zelo e de desvelo.
Representa uma **atitude** de ocupação,
preocupação, de responsabilização e
de envolvimento afetivo com o outro.”*
(Boff, 1999, p. 33)

CAPÍTULO 2

2.0. O cenário

Nesse espaço introduzimos um pouco do nosso campo, pois na abordagem qualitativa, o mesmo mostra-se como algo essencial (Minayo, 1994; Cruz Neto, 1993; Hanguette, 19--), no entanto, chamamos a atenção para o caráter parcial do quadro aqui delineado, uma vez que os dados oficiais são escassos e não foi possível aprofundar para além das fontes oficiais, visando a introduzir novos dados e nuances, pois priorizamos o contato com os usuários.

Registramos ainda que os dados aqui apontados são basicamente de natureza quantitativa visto que os documentos consultados não dispunham de

análises que contemplassem os aspectos qualitativos da assistência e gestão desenvolvidas no Município. Consideramos, no entanto, que os dados levantados, subsidiaram a delimitação do objeto de estudo proposto e forneceram uma série de informações que favoreceram a compreensão das representações dos usuários.

Assim, os elementos do modelo técnico-assistencial proposto, puderam ser confrontados em suas possibilidades ou impossibilidades com a questão da incorporação das representações dos usuários na organização dos serviços e qualidade do atendimento.

2.1. Um panorama: aspectos sócio-econômicos, históricos, culturais e de saúde de Moreno

O Município de Moreno, como é denominado hoje, foi um grande engenho com imensos canaviais, tendo sido adquirido pelo português Baltazar Gonçalves de Moreno, no dia vinte e nove de fevereiro de mil seiscentos e dezesseis e teve várias denominações, dentre elas, Arraial de Catende, Vila Natham, Vila de Morenos e só em mil novecentos e quatro obteve o nome atual (Moreno, 1998a; Moreno, 1998b).

O processo de ocupação urbana de Moreno baseou-se, primeiro, na economia açucareira, em seguida, na indústria têxtil, sendo essa última a responsável pelo desenvolvimento do perfil urbano atual do Município.

Segundo dados da SEPLAMA, a configuração espacial e arquitetônica que envolve a vila operária, composta de fábrica, estação ferroviária, Mercado Público, Prefeitura, etc., mostra-se como espaço cultural relevante, por contar a história, através das referidas obras, do início da industrialização do Brasil (Moreno, 199-).

Moreno situa-se na Região Metropolitana do Recife, a vinte e oito quilômetros da capital, sua área total é de cento e oitenta e nove quilômetros quadrados, sendo que 93,4% é área rural e apenas 6,6%, urbana.

O Município faz limites, ao Norte, com São Lourenço da Mata, ao Leste, com Jaboatão, ao Sul, com o Cabo de Santo Agostinho e, ao Oeste, com Vitória de Santo Antão.

Quanto à demografia, conta com 40.334 habitantes, sendo 78,5% população urbana e 21,5% rural, apresentando uma densidade demográfica de 213,4 hab/Km². A população masculina representa 48,9% do total de habitantes, enquanto as

mulheres correspondem a 51,1%.

Sua população pode ser considerada jovem, pois 61,4% situa-se na faixa de 0-29 anos e 80,6% entre 0-44 anos.

A população economicamente ativa é de 9.905 habitantes, sendo que cerca de 35% encontra-se no setor primário, 30% no setor secundário e 30% no terciário. A renda mensal do chefe de família situa-se em 61,1% entre os que recebem até um salário mínimo, em 29,9% os que recebem entre um e três salários mínimos, 9,0% recebem mais de três salários mínimos e 0,1% não informaram.

Quanto aos equipamentos de infra-estrutura, os domicílios servidos por água corrente correspondem a 70%, 87% os que contam com energia, 5,14% os que dispõem de linha telefônica, 18% contam com veículos e apenas 5% são servidos de rede de esgoto, 2% com fossa séptica, 19% não possuem instalações sanitárias e 74% apresentam tipos de esgotamento sanitário que envolve fossa negra, lançamento de dejetos domésticos no Rio Jaboatão e ligações clandestinas nas redes de drenagem.

A coleta e limpeza urbanas não abrangem a zona rural e atendem a 75% da zona urbana.

O abastecimento de água é intermitente para 67,88% da população.

O diagnóstico ambiental da SEPLAMA aponta os seguintes problemas: desmatamento, parcialidade no monitoramento dos recursos hídricos, expansão urbana desordenada, inexistência de tratamento do solo e uso de técnicas agrícolas inadequadas, coleta e limpeza urbanas ineficientes e sem cobertura na zona rural, inexistência de tratamento de esgoto, déficit de verde na área urbana.

Por outro lado, como potenciais são apontados a biodiversidade na fauna e flora, remanescentes da floresta da Mata Atlântica, facilitando o turismo, a pesquisa e o manejo econômicos; recursos hídricos superficiais, favorecendo o abastecimento, a agropecuária e a pesca; solos agricultáveis, ambiente urbano sem poluição atmosférica e ainda a existência de micro climas ideais para o turismo e fruticultura.

Mais uma vez, quanto ao quadro da saúde no Plano Municipal de Saúde do Município (Moreno, 1998b), identificamos apenas, padrões quantitativos de avaliação do seu quadro epidemiológico.

O perfil de morbi-mortalidade apresenta-se semelhante ao observado no

Estado de Pernambuco, ou seja, a prevalência simultânea de doenças infecto-parasitárias e crônico-degenerativas.

Dentre as principais causas de morte, o documento acima citado, identifica as doenças do aparelho circulatório, vindo, em seguida, as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, as quais acometem mais as mulheres.

A mortalidade infantil foi igualmente apontada como problema a ser enfrentado, pois, em 1996, essa causa de morte chega a 16,9%, podendo ser identificadas as doenças infecto-parasitárias e algumas afecções originadas no período perinatal, na mortalidade de menores de um ano. O Plano identifica como determinantes para a mortalidade por causas perinatais, a baixa cobertura e qualidade do pré-natal.

Com referência ao quadro de morbidade, o documento aponta a persistência de muitas doenças do aparelho respiratório, sendo seguida pelo parto normal, o qual é responsável pela segunda causa de internação hospitalar. Na seqüência, estão as doenças infecto-intestinal e as doenças circulatórias e pulmonares.

2.1.1. Um breve perfil da comunidade Nossa Senhora da Conceição

Quanto à comunidade Nossa Senhora da Conceição, não foram encontrados dados específicos na SEPLAMA, apenas nos foi fornecida a informação que o Loteamento foi nomeado pelo proprietário e, posteriormente, mantido pela população, tendo sido criada no ano de 1982.

Pela observação da área, a mesma parece enquadrar-se no perfil geral do Município, não tendo sido identificadas discrepâncias significativas em termos sócio-econômicos e culturais.

A comunidade conta com 32 ruas, 862 famílias e 2840 moradores. Quanto à faixa etária, identificamos que 22% encontra-se entre 0-9 anos, 24% entre 10-19 anos, 30% entre 20-39 anos e 23% com mais de 40 anos (Moreno, 1999).

O diagnóstico realizado pela equipe do PSC em Nossa Senhora da Conceição, no ano de 1999, identificou duzentos e cinco hipertensos, quarenta e três diabéticos, um caso de hanseníase e um de HIV positivo. Quanto aos “deficientes” foram apontados vinte e um considerados portadores de “deficiência mental”, quatorze com “deficiência física” e dois com “deficiência verbal”.

As crianças e gestantes fazem parte do grupo prioritário da assistência de saúde realizada na comunidade estudada, tendo como objetivo evitar a desnutrição e óbitos mais frequentes a que são acometidos. O diagnóstico referido acima visa acompanhar a situação de saúde da população assistida e nele foram registrados pela equipe, sete casos de desnutrição e dezesseis de asma em crianças e o acompanhamento de trinta e duas gestantes.

2.2. Um olhar sobre a dimensão cuidadora do modelo técnico-assistencial de Moreno

Pelo que observamos na discussão teórica sobre modelos técnico-assistenciais de saúde, esses podem ser entendidos enquanto estratégia e não modelo ou padrão a ser seguido rigidamente. Os modelos envolvem combinações tecnológicas utilizadas em momentos e realidade específicas, visando a estruturar serviços e ações que garantam a saúde da população. (Campos, 1979; Campos, 1997; Campos, 1992; Paim, 1993).

Realizamos, nessa oportunidade, uma análise breve sobre a prática assistencial de saúde de Moreno, com ênfase para os aspectos facilitadores ou dificultadores ligados à incorporação das representações dos usuários, a partir dos documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde e da discussão teórica sobre modelos assistenciais de saúde (Moreno, 1998; Moreno, 1998a; Campos, 1979; Campos, 1997; Campos, 1992; Paim 1993; Merhy, 1998).

Quanto à oferta de serviços no Plano Municipal de Saúde (Moreno, 1998b, p. 09) há, em termos gerais, capacidade instalada “suficiente para o atendimento à população nas suas necessidades básicas de assistência ambulatorial e hospitalar.”

O documento ressalta as dificuldades ligadas ao acesso, à organização do sistema de referência e contra-referência, ao controle/avaliação da qualidade dos procedimentos oferecidos e, ainda, no que diz respeito à distribuição dos recursos humanos.

A distribuição da rede de serviços ocorre de tal modo que existe uma predominância da assistência de caráter ambulatorial, sob a responsabilidade dos prestadores públicos, com sete postos municipais e um estadual.

Por sua vez, a assistência que exige maior complexidade, vem sendo

prestada pelo setor privado conveniado com o SUS, através de duas unidades hospitalares.

A rede municipal de saúde conta, ainda, com dois laboratórios de análises clínicas, um público municipal e outro privado.

O PSC consta no Plano como um Programa especial, ao lado de outros como Saúde Bucal, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa Nacional de Imunização (PNI) e o Programa de Endemias, envolvendo a filariose, hanseníase e a dengue.

Na época da elaboração do Plano Municipal de Saúde enquanto o PSF cobria três áreas, o PACS¹⁶ fazia a cobertura de quarenta e uma.

A unidade do PSC da comunidade Nossa Senhora da Conceição é composta de uma equipe com um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, quatro agentes comunitárias de saúde (ACS) e uma auxiliar de serviços gerais.

Dentro do fluxograma de atendimento foram apontadas as seguintes atividades realizadas na referida unidade do PSC (Moreno, 1999):

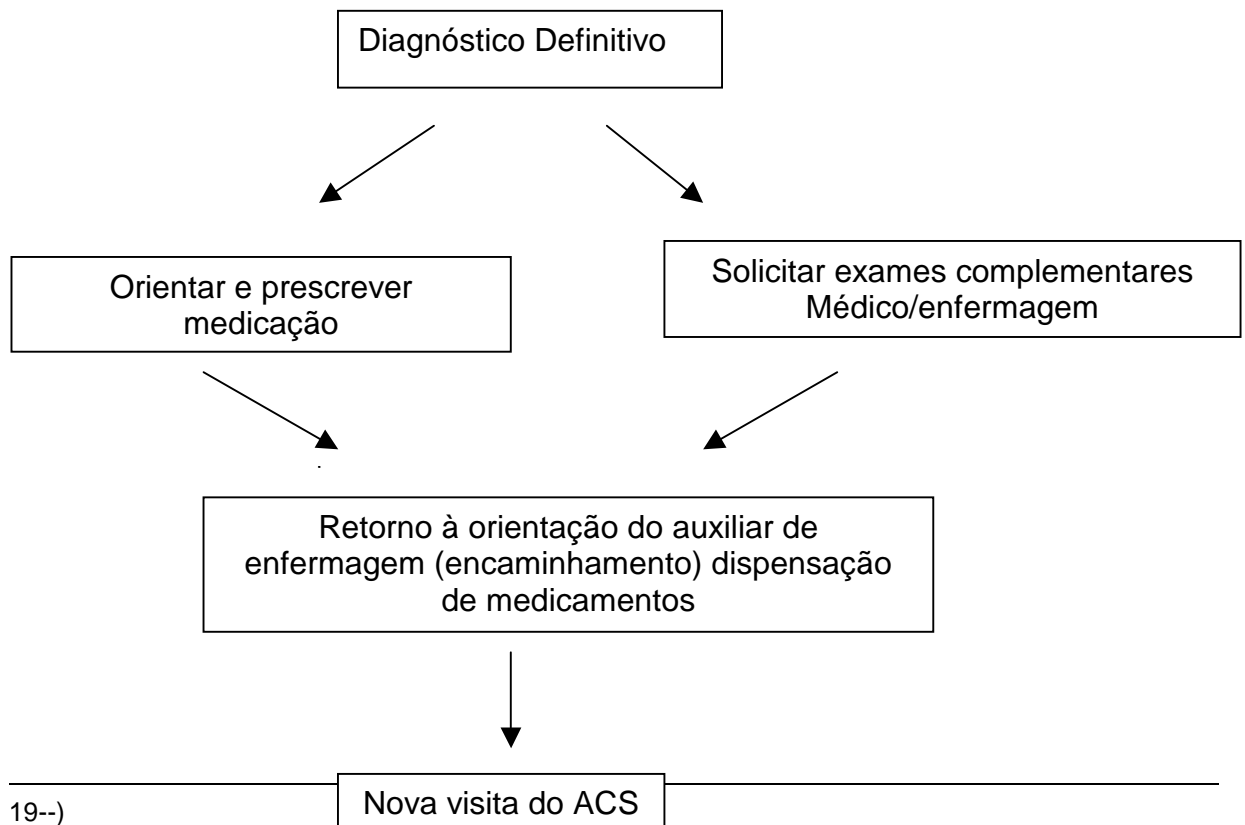
- Planejar e programar as visitas das ACS aos residentes nas microrregiões sobre sua responsabilidade;
- Visitas domiciliares das ACS com o objetivo de cadastrar novos moradores, atualizar os dados de moradores antigos, acompanhar crianças de 0-5 anos, diabéticos, hipertensos, gestantes, triagem para consulta médica ou de enfermagem por microrregião, educação em saúde e ainda triagem para realização de visita domiciliar do médico, enfermeira ou auxiliar de enfermagem.
- Priorizar as consultas médicas e de enfermagem através das ACS durante as visitas domiciliares, onde existem dias específicos para consulta de gestante, puericultura, diabéticos, hipertensos, visitas domiciliares e um único dia para consulta e devolução dos exames para adolescentes e adultos. Tanto para marcação de consulta, como para o atendimento por demanda espontânea, a prioridade para o atendimento é das crianças, idosos e casos de urgência.

Quanto ao protocolo da consulta médica e de enfermagem, o documento

¹⁶ O PACS é um Programa do Ministério da Saúde, onde a equipe é composta apenas por uma enfermeira e – ACS, por comunidade, e que desenvolve apenas ações de educação em saúde (Brasil,

descreve da seguinte forma (Moreno, 1999, p. 08):

- Escutar queixa do paciente;
- Anamnese;
- Exame físico;
- Elaboração de hipótese diagnóstica;
- Diagnóstico definitivo como expresso no fluxograma abaixo:





Retorno dos pacientes

Fazemos ainda uma citação literal dos objetivos do PSC expresso no documento, por nos parecer essencial para a compreensão de nosso objeto de estudo (Moreno, 1999, p. 09).

“ Objetivo Geral: Prestar assistência integral às famílias da Comunidade Nossa Senhora da Conceição, contribuir para reorientação do modelo assistencial da atenção básica de saúde, promoção, proteção, prevenção das doenças, estabelecendo vínculos e criando laços entre a equipe de saúde e a comunidade.

Específicos:

- Assistência integral à família na Unidade do PSC e no domicílio;
- Intervir sobre os fatores de risco;
- Humanizar as práticas de saúde, estabelecendo vínculo entre a comunidade e profissionais de saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania, estimular a comunidade para efetivo exercício de controle social, visando à qualidade de vida;
- Adquirir confiabilidade na equipe.”

Com base nas informações expressas em documentos oficiais, a ênfase do modelo técnico-assistencial de Moreno tem sido nas ações básicas de saúde, utilizando para isso o PSC e o PACS.

Quanto à rede especializada, foram identificadas as deficiências e apontada a necessidade de estruturar o sistema de referência e contra-referência.

Identificamos igualmente como aspectos incipientes do modelo técnico-assistencial de saúde de Moreno, a questão da intersetorialidade na busca de soluções para os problemas de saúde da população.

No plano municipal de saúde (Moreno, 1998) as principais diretrizes e objetivos não nos pareceu suficientemente explicitados.

Mesmo não estando explicitado no referido documento, observamos que a ênfase do modelo está na redução dos agravos à saúde, priorizando ações preventivas e enfocando a abordagem familiar e comunitária, tendo o território como

referência.

2.3. Algumas considerações sobre a dimensão cuidadora do modelo técnico assistencial adotado em Moreno

Considerando os aspectos ligados ao nosso objeto de estudo, identificamos que os dados contidos no Plano Municipal de Saúde (Moreno, 1998b) e no Plano de Assistência Farmacêutica (Moreno, 1998a) expressam elementos que por si sós não dariam conta de contemplar a dimensão cuidadora no que diz respeito ao acesso, acolhimento e responsabilidade, nem quanto à troca entre os saberes-práticas do senso-comum e técnico. Discutiremos brevemente o porquê dessa nossa consideração.

Partimos do fato de que o perfil de morbi-mortalidade do Município mostra-se complexo e, como tal, exige ações abrangentes que possam dar conta de responder às necessidades de saúde de sua população.¹⁷

Identificamos, no entanto, um sistema que vem investindo de forma prioritária para atender às necessidades básicas de saúde, sem ter conseguido, ainda, implementar um sistema oficial e eficiente de referência e contra-referência e também que enfrenta dificuldade para garantir acesso aos serviços e ações já existentes, o que é identificado pelo próprio Plano Municipal de Saúde.

Por outro lado, a estrutura do PSC, apesar de pretender desenvolver ações interdisciplinares, mantém na equipe apenas um médico e um enfermeiro, não havendo uma infra-estrutura de troca com os conhecimentos e práticas advindas de outras áreas.

Igualmente, não foi observada uma organização institucional que garantisse a discussão e o exercício de troca entre os saberes-práticas-poder do senso comum e técnico-científico, em instâncias de gestão e de assistência.

Ao observarmos o protocolo de consulta, podemos concluir que o mesmo se refere à humanização do atendimento, no entanto, a preponderância do modelo

¹⁷ Gostaríamos de registrar que estivemos atentos ao grande esforço dos gestores com o objetivo de atingir a condição de Gestão Plena do Sistema de Saúde, segundo a Classificação da NOB (Brasil, 1996), objetivando conquistar maior autonomia financeira e gerencial do sistema de saúde, uma vez que tal autonomia, viabiliza a adequação do modelo assistencial para suprir as necessidades locais.

técnico-científico fica explícita.

Gostaríamos, por fim, de chamar a atenção para o fato de que ênfase atribuída aos grupos de risco frente à assistência, nas ações básicas de saúde, possui um caráter parcial, em termos de suprir as necessidades integrais de saúde, quando essa é interpretada como autonomia dos usuários e qualidade de vida, saindo assim do eixo da doença. Para uma assistência que tenha uma perspectiva mais abrangente de saúde, faz-se necessário um sistema com níveis crescentes de complexidade e que contemple a totalidade dos moradores e a integralidade das ações.

CAPÍTULO III

“Eu jamais consegui entender porque nós deveríamos limitar-nos, na ciência, ao acesso externo, que temos com relação à natureza, separar-nos do nosso saber pré-teórico e nos isolarmos artificialmente em relação ao mundo da vida, mesmo que isso fosse possível.”
(Habermans, Apud Bezerra, 1999, p. 100)

CAPÍTULO 3

3.0. Resultados

Nesse capítulo expressamos os conteúdos abstraídos em nosso trabalho de campo, através das observações e entrevistas. Os elementos identificados foram sistematizados em três eixos temáticos, referentes às representações dos usuários em relação aos cuidados em saúde, em relação à dimensão cuidadora dos serviços e em relação ao diálogo dos saberes-práticas-poder do senso-comum com o técnico-científico.

3.1. Os cuidados em saúde

Para efeito de sistematização das representações dos usuários, o cuidado em saúde foi abordado em três aspectos, as estratégias adotadas para preservar a saúde, o tratamento e os facilitadores da cura. Nesses campos, observamos que os usuários apreendem as questões em dois âmbitos, os dos próprios conhecimentos e os dos conhecimentos técnicos. Esses elementos encontram-se nas subcategorias apontadas a seguir:

3.1.1. As estratégias adotadas para preservar a saúde

Entendemos essas medidas como estratégias conscientes adotadas para manter a saúde e pudemos identificar que, de alguma forma, os usuários adotam medidas próprias para os cuidados com a saúde, bem como absorvem algumas medidas técnicas de prevenção.

3.1.1.1. Cuidados com a saúde advindos dos saberes-práticas do senso-comum

Foram agrupados nessa subcategoria todos os esforços e estratégias próprias da comunidade para realizar ações consideradas saudáveis, aí incluídas a alimentação e hábitos em geral, podendo ser identificados:

3.1.1.1.1. Os cuidados ligados à tradição

São cuidados transmitidos de geração à geração e que continuam sendo considerados válidos, como podem ser observados nos seguintes discursos:

*Minha mãe fazia... porque sempre fui uma menina saudável, aí quando tinha assim era uma dorzinha de barriga, qualquer coisa assim **minha mãe me dava remédio caseiro**...Chá de mato, assim... uso...Chá de cidreira, capim santo, hortelã miúda (J.O.N., fem., 16a).*

*Ah! minha mãe, o **povo ensina** faz fulana lambedor de mato aí a gente faz*

(D.M.S., fem., 25a).

Esse pessoal de 60, 70 anos, que já tem experiência na vida, ensinou e eu fiz... (M.L.G.S., fem., 31a).

3.1.1.1.2. Os cuidados frutos de experimento

Nessa subcategoria fica evidenciada uma certa disposição em aceitar experiências atuais, inovadoras e bem sucedidas de outras pessoas, em relação aos cuidados com a saúde, mostrando-se comum toda sorte de experimento:

E um simples remédio que eu fiz de mato ela ficou boa... o remédio que mandaram eu fazer pra ela nunca pode dizer a ela, disse que volta... (M.L.G.S., fem., 31a).

Como eu gosto muito de ver TV, escuto muito Sílvia, né? que é um farmacêutico, que é um bioquímico que fala todo dia na Bandeirantes, eu gosto muito, eu anoto tudo que ele fala, a dosagem da planta, o que ela vai fazer, a cura (S.G.A., fem., 32a).

Tanto eu assistindo o programa do Ratinho como eu assistindo outro programa lá na casa da minha patroa mesmo... foi ele dizendo que tinha curado a úlcera dele com xixi, aí eu coloquei aquilo na minha cabeça, será que é verdade mesmo?... Que quando eu cheguei em casa de noite eu dizendo ao meu esposo ele disse “ô rapaz, eu ouvi isso também, ouvi”, eu disse tu tem certeza? ele disse “ouvi”. Eu disse eu vou tomar, (risos) foi... olhe acredite a senhora é meio ruim, viu, o purgante é meio ruim, olhe precisa ter o estômago bom pra poder engolir, viu... comecei fazendo, e eu calada sem dizer a ninguém... e todo mundo se admirado de ver minha melhora... eu comecei tomar... tomei 3 meses seguido (S.B.S.S., fem., XXa).

3.1.1.2. Cuidados com a saúde advindos do saberes-práticas técnico-científico

Categoria definida por todas as recomendações de natureza técnico-científica, em especial, as ligadas às campanhas de prevenção amplamente divulgadas:

*O que a gente faz é **a alimentação, lavar bem lavada, não está com as mãos na lama...*** (R.L.S., masc., 39a).

*Porque lá embaixo **tem bastante lixo. Minha menina gosta muito de ficar descalça, às vezes vão comer uma fruta e não lava as mãos, pra mim sempre estão com verme...*** (S.G.A., fem., 32a).

*Por exemplo: essa dengue aqui em casa graças a Deus não teve, porque? **Eu não uso vaso com água, as vasilhas com água são sempre tampadas, eu evito vários tipos de coisa, né?*** (D.A.S., fem., 33a).

3.1.2. Estratégias de tratamento

Incluímos nessa subcategoria algumas noções classificatórias, expressas pelos usuários sobre as medidas necessárias para restabelecer a saúde. Nesse espaço, foram elucidadas como estratégias a identificação das doenças a serem tratadas com os saberes-práticas do senso-comum ou com os técnicos-científicos, os critérios para definir a utilização dos referidos saberes-práticas e a hierarquia de tal utilização e, por fim, as terapêuticas populares adotadas. Observamos que tais estratégias não são necessariamente excludentes ou contraditórias, por vezes coexistem sem que represente um conflito.

3.1.2.1. Doenças a serem tratadas com os recursos advindos do saber-prática do senso-comum

Foram definidas nessa subcategoria, as doenças conhecidas e as em fase

inicial que por apresentarem tais características, podem ser tratadas em casa:

*As doenças que não tem que ter médico, só se for assim **fraquinha**, a gripe... (M.C.C.S., fem., 44a).*

*Pra mim, o que **dá pra cuidar em casa**, se for assim, no início, que não dê para ser uma coisa assim mais séria, é uma gripe, que a gripe também pode causar caso mais sério. Cólicas, dor de cabeça quando **não é daquelas bem sérias** mesmo... (D.M.D., fem., 37a).*

3.1.2.2. Doenças a serem tratadas com os recursos advindos do saberes-práticas técnicos-científicos

Identificadas como as desconhecidas, persistentes, para as quais não tenha medicamento em casa ou aquelas consideradas como emergências:

*Agora **às vezes agente não domina a doença**, às vezes a gente faz todos os tratamentos que a gente acha que deve ser feito e às vezes não passa, aí a gente tem que ir... (A.L., fem., 32a).*

*Eu acho assim uma **diarréia muito forte que a pessoa dá o medicamento em casa e não dá um combate** a gente vai e procura o hospital, o médico mais próximo (S.N.2., fem., 48a).*

3.1.2.3. Critérios para identificação do tratamento a ser adotado

Destacamos que existe por parte dos usuários, a adoção de certos critérios para identificar a medida terapêutica mais adequada a ser adotada, de acordo com a gravidade da doença e as opções disponíveis em termos financeiros, de acúmulo de conhecimento, ofertas de serviços, entre outras, sempre havendo uma tentativa com os próprios saberes-práticas, caso esses não sejam suficientes para solucionar o problema, busca-se os saberes-práticas técnico-científicos.

*Ah! Uma febre, **eu tendo remédio eu cuido em casa, eu dou um banho de***

*colônia, que é muito bom também, dou banho dou chazinho, tem um comprimido que é muito bom Anador, que é muito bom, serve pra febre pra dor tem uma febre baixa... tudinho isso eu cuido em casa, **agora quando eu vejo que tá demais eu corro pro hospital**, tá entendendo, cansado, cansaço eu já sou meio fria , corro logo pra ali a criança, dor no corpo é muito ruim, né? (D.M.S., fem., 25a).*

*...que dor é essa que toma conta da minha cabeça que eu fico em ponto de correr doida, aí agora mesmo eu tava falando com X, né? Que é agente de saúde, **ela disse olha... não tem vaga pra colocar você porque a única vaga que tinha coloquei a menina daqui**, eu disse não tem nada não tudo bem, mas essa dor está me incomodando demais, **a minha felicidade foi aguardante alemão que ela me deu (uma vizinha) pra eu tomar...** mas todo santo dia essa dor se coloca em mim aí eu tava dizendo eu tenho que procurar um posto de um hospital pra saber que doença é isso, né? (S.B.S.S., fem. 33a).*

*...mas nem toda doença está precisando do médico, sem precisão. Eu sou assim aqui, tem gente aqui não, que qualquer coisinha vai, não é isso?... porque eu acho que em casa resolve...**Eu acho que a gente só deve aperrear o médico quando a doença for problema mesmo, mas tem caso que a gente resolve.** Chega lá a gente diz – o menino está gripado, faça um lambedorzinho em casa. Veja?...é, **a gente no lugar de trocar de roupa, aquele trabalho todinho para ir procurar o médico, pegar ficha, tudinho, então em casa resolve.** Não é isso? (M.C.C.S., fem, 44a).*

3.1.2.4. Terapêutica popular

São medidas que aparecem como prevenção e/ou como tratamento em estágios iniciais da doença. Destacamos nesse item a utilização dos chás e lambedores caseiros, os quais podem ou não estarem associados a outras estratégias de cuidado, sendo amplamente aceito, ainda que varie o grau de confiança em seus efeitos. Observa-se, igualmente, a automedicação como uma estratégia popular amplamente utilizada.

*Ah, eu uso chá caseiro... Quando tá com uma gripe, né? **Eu faço chá da flor de sabugo, boto hortelã, faço um lambedor.** Gosto mais de fazer lambedor para tosse, boto hortelã, toda a qualidade de mato que me ensinam, faço aquele lambedor e que cura! Melhora* (G.M.S., fem., 40a).

*Mais fácil de, sei lá pra mim assim, né? tanto de fazer como de curar, porque tem remédio de farmácia que a gente toma, toma, toma e não cura, né? e **remédio do mato, por simplesinho que seja o remédio a gente faz e o remédio cura...*** (S.B.S.S., fem., XXa).

*... a gente tem medicamento em casa, no caso da minha filha mesmo, a semana passada ela passou três dias com febre, né? Aí o que eu fazia? é suspendia um dia sem ir pra escola, sem levar a escola, **dava banho nela aí dava o medicamento dava Dipirona,** aí no caso a febre desapareceu, né?* (E.M.S., fem., 33a).

3.1.3. Facilitadores para a cura

Em relação aos cuidados com a saúde e com o tratamento, destacamos nessa subcategoria os elementos considerados pelos usuários como facilitadores da cura advindos dos saberes-práticas do senso-comum e do técnico-científico.

3.1.3.1. Os facilitadores da cura advindos dos saberes práticas do senso-comum

Quanto ao processo de cura, os usuários destacam como elemento facilitador, a importância da afetividade nas relações, expressos pelo apoio e diálogo com familiares, amigos e, ainda, com o próprio médico.

A relação fé religiosa e cura aparecem nos discursos, no entanto, de forma não hegemônica:

*Olha eu não sei se todo mundo é igual, mas apesar do remédio, **mas tem outro remédio que ajuda bastante a pessoa a ficar forte, se levantar mais depressa da cama, é o carinho...** Em vez de a gente ficar na cama só mufurando a gente já se levanta, já respira o ar, o vento, aí pronto isso aí já ajuda bastante (D.M.D., fem., 37a).*

*Tomo, eu oro, eu sou crente...É eu oro para ficar boa, peço a Deus. Tem o remédio, mas o médico dos médicos é Jesus. Eu vou para o médico, **mas a gente vai com fé em Jesus.** Primeiramente Jesus, depois o médico. Tem gente que vai para o médico e nem se lembra de Jesus (J.M.C., fem., XXa).*

3.1.3.2. Facilitadores da cura advindos dos saberes-práticas técnicos-científicos

No contexto do tratamento no serviço oficial de saúde, o elemento mais indicado pelos usuários como facilitador de cura foi o medicamento adequado.

*Não é o médico, detectar, né? melhor a situação, saber o que é que o paciente tem, né? descobrir a doença e tratá-la, dando, **o médico ele dá o remédio a gente, então a gente também saber tomar direitinho aquele medicamentos, corretamente, na hora certa...** (M.S.G.S., fem., 29a).*

3.2. As representações dos usuários frente ao PSC e a dimensão cuidadora do modelo técnico-assistencial de saúde de Moreno

Nessa categoria foram expressas as representações dos usuários em relação à dimensão cuidadora dos serviços em termos de acessibilidade, acolhimento e responsabilidade, identificando as ligadas aos fatores que os aproximam e afastam dos serviços oferecidos oficiais de saúde e suas estratégias de procura.

Partimos da porta de entrada do modelo assistencial de Moreno, o PSC e identificamos que os discursos sobre o percurso dos usuários em busca da assistência à saúde mudou de acordo com o perfil dos informantes e suas necessidades.

3.2.1. Os usuários e sua relação com o PSC

Nessa subcategoria identificamos três grupos com características e necessidades distintas: os que fazem parte do grupo de risco pelo PSC e para os quais existem atividades programadas de prevenção, controle e encaminhamento para serviços especializados, quando necessário; um segundo grupo composto por adolescentes e adultos não inclusos no grupo de risco referido anteriormente, por apresentarem padrões mínimos de condições sócio-econômicos e de saúde; e, ainda, um terceiro grupo que apresenta necessidades de assistência especializada e, como tal, procura solucionar suas dificuldades em outros municípios, em geral, no Recife.

Cada um desses grupos apresentou especificidades em sua relação com o PSC, as quais destacamos a seguir:

3.2.1.1. Os usuários alvo das ações do PSC

Compõe esse grupo as gestantes, mulheres com filhos pequenos, hipertensos, diabéticos e pessoas idosas ou com familiares acamados.

Esse grupo tem o posto do PSC como referência e, de forma sistemática, informou que procura primeiro a unidade do PSC para qualquer agravo, mesmo que seja para receber encaminhamento para outro serviço:

Todas eu recorro pra eles pelo menos, até pra, pra, é... pedir opinião, porque eles ajudam muito até nisso... (I.M., fem., 16a).

*O posto...é **qualquer doencinha leva lá o posto, sabe?** Aí quando o homem lá libera, aí interna na maternidade* (J.A., masc., 20a).

3.2.1.2. Os adolescentes e adultos que não estão como alvo central das ações do PSC

Nesse segundo grupo encontram-se os adolescentes e os adultos sem os

riscos e enfermidades identificados no grupo anterior, os quais se ressentem da demora em ser atendidos, em “conseguir uma ficha” para o atendimento. As falas seguintes são expressivas desse sentimento entre os usuários:

...Não é que o atendimento nesse daí seja ruim, é porque a gente marca aí e demora, passa um pouco mais de tempo... (M.L.G.S., fem, 31a).

“...não tenho nada contra ninguém, mas ali esse povo todinho tem problema de pressão alta, né? são bem atendidos, não vou dizer são bem atendidos, os meninos aí, Lúcia¹⁸, são bem atendidos, agora a sem-vergonha da X disse pra mim “olhe Y, eu não tenho condições de marcar uma ficha pra você...” (M.J.B., fem., 43a).

3.2.1.3. Os usuários que necessitam de assistência especializada

Um terceiro grupo identificado foi o dos que necessitam de assistência especializada, o qual aponta a deficiência existente no Município e procura, sem nenhuma referência oficial, a assistência necessária em outros Municípios. Vejamos suas colocações:

O meu maior problema aqui é ele¹⁹, aí sempre que ele tem crise eu levo pro hospital Armindo Moura. Chego lá eles aplicam injeção e deixa ele em repouso, depois aplica soro (S.B.M., fem., 45a).

... meu menino quebrou o braço teve um problema com a bicicleta e não tinha aqui ortopedista, né?... Aí sempre aqui em Moreno eu acho horrível, essa área assim de emergência (D.A.S., fem., 33a).

3.2.2. Estratégias de procura ou distanciamento dos serviços de saúde

Quanto às estratégias de procura ou distanciamento dos serviços estivemos

¹⁸ Nomes fictícios

¹⁹ O filho com epilepsia

atentos, em especial, à relação dos usuários com o PSC, tendo surgido, inclusive, a identificação de algumas dificuldades frente aos demais serviços oferecidos em Moreno.

Identificamos os elementos de aproximação e de distanciamento dos serviços e a hierarquia dos serviços procurados, pois é, a partir desses elementos e de suas necessidades específicas, que os usuários demonstraram traçar o seu percurso frente aos serviços de saúde.

3.2.2.1. Elementos que aproximam os usuários em relação ao PSC

Foram referenciados como pontos facilitadores da relação dos usuários com o PSC a proximidade da unidade, o atendimento realizado a toda família em um mesmo local, o fato da unidade oferecer medicamento após a marcação de uma ficha, a rapidez em ser atendido, a eficiência das visitas das agentes de saúde e do atendimento do médico e da enfermeira.

Aspecto importante também identificado foi a expectativa que a comunidade tem de que a unidade do PSC atenda a todas as suas necessidades de saúde, por identificá-lo como “o posto da comunidade”.

*Porque uma coisa, aí **a gente tem... a família toda é um médico só**, não é? ... aí eu não preciso que tá procurando outros médicos...* (A.L., fem., 32a).

*eu recorro primeiro ao posto que **é mais perto daqui de casa e...*** (I.M., fem., 16a).

*Aqui primeiramente porque **eles andam nas casas pesquisando...*** (J.O.N., fem., 16a).

*Acho que é o atendimento que é melhor, **eles atendem bem mesmo, a criança é outra*** (S.N.2., fem., 48a).

*Porque o posto é um posto da minha cidade, do meu bairro, da minha comunidade, então quer dizer, faz parte...quer dizer da minha **comunidade, da***

*minha casa, da minha família, eu acho que quando tem um posto, um médico, uma enfermeira na comunidade da gente eu acho que é muito importante pra gente, deixar ele aqui e ir lá pra fora, se eu tenho ele no meu bairro... o que é que eu vou fazer... lá fora, né?... Então eu penso pra mim que um médico, um posto de saúde, uma médica, que seja no bairro da gente são as pessoas mais importantes, **é uma família**, então a gente deve procurar primeiramente aquela pessoa ali... “não dá a senhora procure lá fora”, então eu vou, né? Mas com o consentimento dele, quer que dizer foi **uma coisa como se fosse pai e mãe, filho** não faça isso, ou filho faça isso... (M.S.N., fem., 45a).*

3.2.2.2. Aspectos dificultadores da relação dos usuários com o PSC

Quanto aos aspectos dificultadores da relação dos usuários com o PSC foram referidos: a demora para marcar a consulta, a restrição do número de consulta por família a cada mês, não haver atendimento de emergência, a distância entre o momento da consulta e o retorno para devolução dos exames, dificuldade essa vivenciada, apenas, pelos que não fazem parte dos grupos priorizados e ainda, o fato do posto só ter um médico.

Os referidos aspectos dificultadores são mais fortemente vivenciados pelos usuários que não estão incluídos no grupo de risco definido pelo Programa, no entanto, as dificuldades parecem ser identificadas pelos usuários de uma forma geral.

*Eu acho que é melhorar **marcar a ficha, porque custa muito e é só uma vez por mês para ir nesse posto. A pessoa fica com o exame, como minha nora mesmo está com o exame ai desde o mês passado. Para um exame eu acho que não precisa marcar ficha não. E para mostrar o exame se a pessoa tiver com uma doença ruim, a pessoa morre dentro de casa, porque tem que esperar o mês todinho; quando vai resolver este exame a pessoa já está com outro problema...** (S.N.2., fem., 48a).*

O posto de saúde da comunidade, mas às vezes **o posto de saúde da**

comunidade não dá espaço para que você tenha aquele atendimento que tem que ser uma coisa rápida por exemplo... (R.M.R.B., fem., 37a).

*...deve **ter mais médico**, um só não dá pra comunidade...* (M.C.O.S., fem., 26a).

3.2.2.3. Dificuldades identificadas quando surge a necessidade de procurar os serviços fora da comunidade

Como o PSC está equipado apenas para realizar ações e atendimentos básicos e ainda ter seu funcionamento de segunda à sexta-feira, é comum os usuários procurarem outros serviços e, para tal, referiram encontrar dificuldades, como o fato de alguns serviços que antes faziam um atendimento gratuito, atualmente estarem cobrando consulta e ainda a falta de serviços especializados, como veremos a seguir:

...mas agora tá uma negação... Porque só atende pagando a ... , dez reais, né? a consulta, aí as vezes a gente não tem, né?... (J.M.S.C., fem., 30a).

De ruim, o que está faltando aqui em Moreno é um hospital geral. Pra gente não ter que sair daqui e ir pra outro lugar levar maçada... Eu acho que aqui deveria ter um hospital geral uma coisa mais sofisticada. Melhorzinho pra gente, por que a gente merece, né ? (S.N.2., fem., 48a).

3.2.2.4. Hierarquia da procura dos serviços de saúde

Além de analisar os fatores que aproximam ou afastam os usuários dos serviços de saúde existentes, os informantes demonstraram uma hierarquia em relação aos serviços a serem procurados, na seguinte ordem: os próprios cuidados, o posto da comunidade e por fim os serviços especializados.

A questão da rapidez e facilidade do atendimento parece essencial para os informantes e de forma não hegemônica, são apontadas, ainda, necessidades de saúde que extrapolam os serviços e ações oferecidas pelo sistema oficial:

*Tem coisa que é bom mesmo procurar o médico, mas tem coisa que não, que qualquer coisa tem gente que corre para procurar o médico. Também não é assim não? **Tem um médico só para qualquer coisa, pra atender tanta gente. Aí quando eu vejo que dá para fazer alguma coisa, eu faço chá e a gente melhora. A minha diabetes não, eu sempre vou, uma vez por mês quando ele marca...*** (S.N.1., fem., 69a).

É, mesmo que ele²⁰ encaminhe, mas primeiro eu vou a ele, só se for um final de semana que não tenha atendimento... (M.S.G.S., fem., 29a).

*É, melhorar a população, não só os serviços de saúde, porque a maioria do povo sabe...ir nos postos, compra remédio, o médico passa a receita, tem nos postos. Eu digo, **às vezes não só a saúde basta nos postos, a nojeira na rua, você encontra o lixo acumulado*** (R.M.S., fem., 33a).

*... As meninas vêm na casa, elas atendem muito bem, entendeu? ...eu estou achando o tratamento muito bom, muito bem feito das agentes de saúde aqui na comunidade, o serviço tá muito bem feito. **Existe um outro problema que dificulta muito o trabalho delas, é falta de saneamento básico, nós não temos nenhum aqui na comunidade...*** (R.M.R.B., fem., 37a).

*O posto, aí nesse PSC, **tem que esperar os agentes vim, né? E no Berô Uchôa a gente vai lá marca uma ficha, às vezes tem para dois dias, às vezes tem até no mesmo dia, e a gente é atendido, aí uma coisa mais urgente assim eu vou mais no Berô Uchôa, porque sempre tem um médico mais certo, né?*** (G.M.S.,fem.,40a).

3.3. O diálogo entre os saberes-práticas-poder do senso-comum e técnico-científico

²⁰ o médico do PSC

Esse tópico foi abordado em subcategorias nas representações dos usuários, em relação aos elementos essenciais a uma consulta e os conhecimentos e práticas intercambiadas entre os referidos saberes-práticas-poder.

Ainda que os informantes tenham sido estimulados a falar sobre a equipe de saúde, eles sistematicamente falaram no médico ou, por vezes, referiam-se aos demais como semelhantes, como se houvesse uma generalização de suas funções e papéis.

*Eu acho que é... a maneira da pessoa, né? **a maneira de, do médico, do enfermeiro tratar o doente**, eu acho que seja isso... (A.L., fem., 32a).*

*...a **doutora me deu umas receitas do que eu comer**. Eu disse a ela que a minha diabete é que eu comia muito...²¹ (S.N.1., fem., 69a).*

3.3.1. Os elementos essenciais de uma consulta

Os informantes esperam em uma consulta de saúde três elementos essenciais: a conversa, o exame e a medicação. Foram ainda registrados, nesse espaço, a justificativa para a necessidade de tais elementos e os sentimentos e reações frente às consultas consideradas boas e ruins.

3.3.1.1. A conversa

Nomeada de várias maneiras, seja de diálogo, perguntas, explicar, contar, sempre no sentido de que antes de qualquer procedimento o profissional possa ouvir o que o usuário tem a dizer sobre sua saúde. As seguintes falas são expressivas da importância dada pelos informantes a esse elemento, para que um atendimento seja considerado satisfatório:

*... era legal porque ele **conversava, perguntava** o que eu tava sentindo, eu*

²¹ Referindo-se à nutricionista.

falava... (R.F.L., fem., 18a).

*... ele é paciente, ele **conversa** comigo, **pergunta** o que eu estou sentindo, **explica** o motivo da doença, porque que eu peguei, porque eu tenho que tratar... (R.M.S., fem., 33a).*

3.3.1.2. O exame

Nomeado de formas diversas tais como, avaliar, olhar e observar, significando essencialmente o exame clínico, de aferir pressão, temperatura, olhar o ouvido e a garganta da criança, para citar alguns exemplos. No entanto, os exames laboratoriais também são referidos como sendo de relevância para um bom diagnóstico.

*...Ela atende bem as crianças, **examina do pé a cabeça** do menino, gosto dela mesmo (C.M.F.S., fem., 38a).*

*Em primeiro lugar quando o médico **tira uma pressão, escuta²² a gente, né tudinho**, aí eu digo que aquela consulta foi boa, mas quando eu vou pro médico que o médico não escuta, passa o medicamento e acabou, não é uma consulta boa né, não é um bom atendimento (S.S.S., fem., XXa).*

*...ele nem sabe o que é, ele **nem fez um exame de sangue, nem de fezes nem de urina, como é que ele vai descobrir que a minha doença é aquela? ele num tem que fazer os exames?** (G.M.S., fem., 40a).*

3.3.1.3. O medicamento

Os usuários colocam o medicamento como algo importante em uma consulta, desde que os elementos anteriores tenham sido atendidos.

²² Aqui o termo escutar refere-se à ausculta clínica, procedimento utilizado, por exemplo, para identificação de possíveis complicações respiratórias.

*...escuta direitinho olha tudo pra vê que é que ele tem. Procurar perguntar também, né?... **Aí passa o remédio e pronto** (R.L.S., masc., 39a).*

*... a gente chega **não examina nem nada**. Diga o que é que tá sentindo, a gente vai dizer, quando a gente vê: **pei! a receita na mão** (S.N.2., fem., 48a).*

3.3.1.4. Justificativas para a necessidade da consulta abranger a conversa, o exame e o medicamento

A justificativa apresentada pelos usuários para a necessidade dos três elementos referidos estarem presentes em uma consulta é que o médico não teria condições de prescrever um medicamento adequado, sem ter os elementos advindos da “conversa” e do “exame”:

*...você falou, o médico não lhe disse nada, ele prescreveu a medicação, que segurança você teve desse médico? **Ele não auscultou a criança, ele não observou a criança, não avaliou a criança; eu acho que eu não teria segurança nenhuma** de um médico desse (R.M.R.B., fem., 37a).*

*Porque tem médico que antes da gente abrir a boca, já está com a caneta na mão escrevendo, não escuta a pessoa, não espera a pessoa nem dizer o que é que tem, é escrevendo, **às vezes passa aquele remédio e pronto, às vezes a gente vai pegar, então não serve** (M.D.B., fem., XXa).*

*Não, porque não esperou que a gente dissesse direito. **Pode pegar a receita que ele disse, pode comprar o remédio, mas a gente nem espera de melhorar o que a gente sente** (J.M.C., fem., XXa).*

3.3.1.5. Sentimentos e reações despertadas a partir das consultas consideradas satisfatórias ou insatisfatórias

Os sentimentos despertados em uma consulta foram referidos pelos usuários

com especificidades a partir do modo como ocorreu o atendimento.

O fracasso em obter uma consulta de boa qualidade parece gerar nos usuários sentimentos de frustração, tristeza, mágoa, rejeição, chateação, desamparo e aflição.

Pontuamos uma certa tendência a manter os sentimentos de hostilidade velados sob uma aparente tentativa de desculpar o profissional.

... me atenderam mal... a pessoa fica sem saber o que é que faz... (S.B.M., fem., 45a).

Me sinto magoada, triste porque quero ser atendida e não sou, fazer o que? aí não tem a quem culpar, agora não culpo a eles não (G.M.S., fem, 40a).

Frente aos sentimentos desencadeados pelo mau atendimento, os usuários referiram reagir abandonando o profissional em questão. No entanto, os exames e medicamentos prescritos nessa situação, em sua maioria são seguidos, o abandono apenas ocorre nas doenças ou avaliações posteriores.

Identificamos um discurso não hegemônico, mas bastante expressivo de alguns informantes de que o abandono do tratamento ocorre de imediato, uma vez que com a quebra na confiança, o tratamento não mais evoluirá bem, vejamos nos discursos

Em algumas falas foi enfatizado que além do abandono, ocorre uma contra-indicação do profissional.

Pode-se identificar ainda a utilização do profissional de forma funcional para atender a necessidades específicas, como por exemplo a reprodução de receitas.

Não volto não, de jeito nenhum ...! Vou, vou pra um lugar mais difícil, mais sacrificoso, mas a esse médico eu não vou mais nunca e aconselho das minhas amigas aqui que quiserem ir, aconselho a eles num ir, não vá não? não vá não porque ele fez isso, e se você chegar lá ele vai fazer a mesma coisa ... (S.B.S.S., fem., XXa).

Se eu já tiver, eu termino o tratamento que eu fiz com ele, né? Só que

pra fazer uma revisão eu já não vou pra ele, já vou pra meu outro médico, já vou procurar outro que seja, que possa fazer o que o outro tava fazendo... já aconteceu, como acabei de falar... (M.S.N., fem., 45a).

*... porque tem um médico aqui em Moreno, que a maioria das pessoas que eu conheço diz que **ele que só serve pra é, pegar comprimido, Diazepan, essas coisas tudo que é rápido...** (M.S.G.S., fem., 29a).*

Sobre os sentimentos ligados a uma consulta satisfatória referiram-se a intimidade, carinho e gratidão.

Os usuários referiram que em geral, preferem enfrentar qualquer dificuldade, como por exemplo de marcação e de distância de sua residência com o objetivo de obter um bom atendimento.

*...o médico faz aquele exame na gente, a gente sente aquilo, a gente acha, tá vendo que ele tá sentindo carinho por a gente, **a gente também tá sentindo carinho por ele...** (M.S.N., fem., 45a).*

Não, eu só uso médico quando eu gosto dele, quando eu não gosto, eu não vou mais, vou uma vez, na outra, já não vou mais (S.S.S., fem., XXa).

3.3.2. Os conhecimentos e práticas intercambiadas entre o senso-comum e equipe de saúde

Em termos do conhecimento e práticas intercambiadas no cotidiano entre os usuários e a equipe de saúde, destacamos três aspectos: o primeiro trata da identificação por parte dos usuários de alguns elementos de natureza técnico-científica a serem incorporados, o segundo, a existência de pontos conflitivos na comunicação entre os saberes-práticas do senso-comum e técnico e, por fim, a constatação da quase inexistente incorporação do saberes-práticas-poder do senso-comum nas ações e serviços oficiais de saúde.

3.3.2.1. O modo como os usuários manejam as informações advindas do campo técnico-científico

Reflete o modo peculiar com que os usuários lidam com as informações técnico-científicas, onde por vezes as mesmas são absorvidas cognitivamente mas não se refletem em mudança de hábitos, podem ainda processar de modo tal que passam a ser absorvidos a nível cognitivo e da ação cotidiana.

Ou, ainda, podem remeter a uma mudança de hábito, sem um processo de resistência a elas, representando apenas, uma repetição do que foi prescrito pela equipe de saúde, mas sempre aceitas porque de alguma forma estão compatíveis com seu mundo de significados.

*Faço. Todo dia eu faço²³, quando eu vou saindo eu me lembro deles, do que a doutora e o médico falou, agora num lugar plano e que não precisa ser todo dia, basta 3 vezes... **Eu estou indo como o médico me falou graças a Deus** (S.N.1., fem., 69 a).*

***É pra não adoecer, primeiro vem a limpeza, né? ... então as garrafas tudo tampada..., tomar mineral** (M.S.N., fem., 45a).*

*A gente **lava bastante a alimentação, as frutas, as verduras**, a gente tenta lavar, **o lixo..., juntar e jogar no carro do lixo quando ele passa, né?** (M.S.G.S., fem., 29a).*

3.3.2.2. Aspectos conflitivos na comunicação entre os saberes-práticos do senso-comum e técnico-científico

Relacionam-se a uma certa tensão existente no momento em que entra em choque as recomendações técnicas e a realidade cotidiana e subjetiva do senso comum.

3.3.2.2.1. As contradições entre as recomendações técnicas

e a experiência cotidiana e subjetiva do senso-comum

Expressam as diversas dificuldades entre entender a necessidade de mudar de hábito e as limitações concretas ou subjetivas de concretizar tal mudança, tal como referem as seguintes falas:

*Tem muitas coisas que sim, mas tem muitas que não, **porque quer comer insosso , é muito ruim... é muito ruim...** Eu diminuo mais. (S.N.2., fem., 48a).*

*A higiene..., **eu creio que seja a higiene**, agora em parte, né? porque **aqui não tem onde colocar o lixo**, queimam o lixo... (A.L., fem., 32a).*

*Porque tem vez que **a gente leva uma vida tão rigorosa, desemprego, essas coisas, aí mau dá pra gente cuidar da gente**, não dá pra ter um pensamento, só para trabalhar, para dar de comida aos filhos... (M.L.G.S., fem., 31a).*

Os usuários demonstraram estabelecer certos limites entre cada um dos conhecimentos no cuidado cotidiano e, ainda, absorveram as recomendações técnicas com uma certa reação velada, ao domínio técnico na vida cotidiana.

***O melhor é tomar o que o médico passa e eu acho que é melhor. Eu nunca mais tomei chá. Agora quando os meninos me aperreiam eu faço um chazinho, mas os médicos...** (S.N.1., fem., 69a).*

***Ela me ensina que eu tenho que tratar bem ele, ela dá ordem para mim não usar coisas que não é necessária pra ele** (J.O.N., fem., 16a).*

*Sempre passam as agentes de saúde, elas **revistam** a casa da gente... (M.L.G.S., fem., 31a).*

Eles dizem que é perigoso, tem que levar para o médico, fazer os exames.. é

²³Referindo-se à caminhada.

porque eles acham assim que só eles sabem, a gente não sabe...Fazer o quê?!
(M.L.G.S., fem., 31a).

Porque ele briga, porque ele diz que qualquer coisinha não fique em casa, vá lá, mas eu enrolo digo que melhorei, tomei um remédio e fiquei boa (S.N.1., fem., 69a).

3.3.2.3. Identificando o desejo da incorporação dos recursos do senso-comum nos serviços e ações dos serviços oficiais de saúde

Enfim, foi identificado o desejo de haver uma maior aceitação do uso dos chás por parte dos serviços de saúde:

Eu acho que a gente não devia faltar sempre seu chazinho caseiro, não, quer dizer, na minha opinião, né?... mas eu acho que os médicos, não gostam, agora por que eu não sei... Não aceita muito, não (M.S.N., fem., 45a).

CAPÍTULO IV

Fiquei boazinha, voltei para ele...

Eu disse: Fiz. Fiquei boa!

***Também nem o xarope, aquele vick,
que ele passou eu nem tomei.***

Já o lambedor faço eu mesmo e melhora com ele.

(G.M.S., informante de nossa pesquisa)

CAPÍTULO 4

4.0. Discussão

Faz-se necessário dar início a essa discussão pontuando a riqueza dos conteúdos expressos pelas representações dos usuários, em especial quando as informações advindas da entrevista foram relacionadas à dinâmica expressa na observação participante, aos subsídios teóricos e à análise documental.

Os conteúdos suscitados dariam para a produção de várias categorias de análise, no entanto, diante dos objetivos do presente trabalho, foi necessário priorizar a partir dos subsídios teóricos trabalhados e da relevância atribuída pelos usuários a cada tema e, só então, foram eleitas algumas categorias empíricas em detrimento de outras.

Lembramos que o critério de relevância não foi definido apenas pela frequência em que os conteúdos apareceram ou a sua consensualidade, pois como já foi discutido anteriormente o mais freqüente nem sempre representa o mais determinante para a compreensão dos fenômenos sociais (Farr, 1995; Perrusi, 1995).

Estivemos atentos aos significados expressos e à intensidade afetivo-emocional atribuídas a eles, mesmo quando não apareceram de forma hegemônica. Vale ressaltar, no entanto, que as peculiaridades das informações, foram marcantes em apenas alguns pontos específicos. No contexto geral as representações de fato demonstraram certa convergência em termos de conteúdos e sentidos.

4.1. Os usuários e seu sistema de avaliação, planejamento e gestão da saúde

Quando definimos o título acima tivemos a intenção de chamar a atenção para saberes-práticas-poder próprios aos usuários da comunidade estudada, sobre o processo saúde-doença, o modo de relacionamento e comunicação com o sistema oficial de saúde e os técnicos que o compõem.

Identificamos, tanto na discussão teórica quanto no capítulo dos resultados, que os saberes-práticas sobre o processo saúde-doença dos usuários advêm da experiência cotidiana (Minayo, 1994; Perrusi, 1995; Farr, 1995; Bezerra, 1999), divergindo da análise de Boltanski (1989) que compreende o sistema popular de saúde com um caráter meramente imitativo.

Em nosso estudo apreendemos que a referida teoria-prática, expressa a tradição por um lado e por outro agrega elementos da tecnologia, sendo, portanto, um sistema complexo que possui identidade própria.

Verificamos, ainda, que no processo de cuidado com a saúde, tratamento e cura são atribuídos espaços diferenciados para os conhecimentos do senso-comum e técnico, em um processo de negociação informal, não organizada, estruturada a

partir das necessidades dos usuários e da observação desses sobre a oferta de serviços à sua disposição.

No referido processo de negociação ora aparece a complementariedade dos conhecimentos do senso-comum e do técnico, ora a ruptura, como foi expresso em alguns discursos, citados no capítulo dos resultados.

Esse fato pode ser entendido se tomarmos a noção de sujeito expressa por Cecílio (1994) e de poder abordado por Machado (1986), baseado em Foucault, onde mesmo não compondo os movimentos sociais organizados, os usuários influem na conformação dos serviços e ações de saúde, uma vez que possuem uma intencionalidade no sentido de expandir seu modo de cuidar da saúde em seu cotidiano.

Durante a pesquisa foi observado que os usuários, em seu dia-a-dia, apresentam expectativas e formulam sua própria avaliação sobre os serviços e ações de saúde e passam a utilizá-los de acordo com tal avaliação.

Considerando o processo saúde-doença, no que diz respeito aos próprios cuidados com a saúde, nos deparamos primeiramente com o caráter de autonomia frente às suas próprias vidas, pelas quais desejam ter domínio próprio, quase uma negação do domínio técnico sobre elas (Boltanski, 1984; Minayo, 1994; Alves & Rabelo, 1998).

Da afirmação acima poder-se-ia chegar apressadamente à conclusão de que existiria, por parte daquela comunidade, uma dificuldade em absorver a tecnologia de saúde existente, em termos de conhecimentos e práticas. Contudo, não parece, ser essa a questão.

Os usuários, como vimos nos resultados, apresentam um parâmetro na definição dos limites dos seus próprios cuidados ou daqueles casos que necessitam de cuidados técnicos e parece que desse espaço não desejam abrir mão.

Por outro lado, muitas das tecnologias de saúde são conhecidas e mesmo procuradas pelos usuários e daí advém um outro significado para sua suposta busca de autonomia, expressa pelas dificuldades de acesso e acolhimento nos serviços de saúde.

Tal situação pode ser observada pelo fato da Unidade do PSC basear suas ações a partir da definição dos grupos de risco, da demora na marcação da consulta, a espera para ser atendido, consultas insatisfatórias ou a falta de recursos

financeiros para a locomoção, gerando uma frustração e a conseqüente busca de solução com recursos próprios, ou seja, os limites do próprio sistema de saúde estariam reforçando o auto cuidado.

Aparentemente de caráter objetivo, as referidas dificuldades acionam, na realidade, um potencial fortemente mobilizador nos usuários, por inviabilizar o esperado atendimento integral.

Quanto à questão dos limites do modelo técnico-assistencial desenvolvido em Moreno, em termos de acesso e acolhimento, a avaliação dos usuários encontra-se em total consonância com a avaliação técnica expressa no Plano Municipal de Saúde (Moreno, 1998). Demonstrando que nesse ponto a análise da situação advinda do senso comum e técnico-científica encontra-se em consonância, o que deve ser entendido como um dos pontos prioritários de um planejamento conjunto e não manter-se enquanto elementos de planejamentos paralelos.

Foram observados ainda que os critérios de definição dos agravos a serem resolvidos pelos usuários através dos próprios recursos ou a partir dos recursos técnicos, mostraram-se como mais um elemento do planejamento dos usuários frente aos seus problemas de saúde.

As doenças em fases iniciais ou conhecidas enquadram-se nas do auto-cuidado, já as persistentes, desconhecidas e as que necessitam de recursos como medicamentos ou equipamento de emergência são identificadas como pertencentes ao âmbito do cuidado técnico.

Existe, assim, uma hierarquização, onde as doenças de menor complexidade seriam facilmente controladas com os próprios recursos e as de maior complexidade seriam encaminhadas para o sistema oficial de saúde. Quanto a essa questão, chegamos a resultados semelhantes aos do estudo de Boltanski (1989), no entanto, com apreensões diversas das bases do referido fenômeno.

Como a abordagem de Boltanski centrou-se nas bases estruturais, o fato das doenças 'mais sérias' e 'graves' serem remetidas para o sistema médico oficial, representaria uma supervalorização dessa prática em relação às do senso comum.

Em nossa discussão, por outro lado, destacamos o fato dos usuários identificarem os serviços de saúde como espaço acessível apenas para a resolução de doenças e que os mesmos identificam a saúde como pertencente à esfera do cotidiano, do espaço familiar, enquanto os serviços de saúde representam o local do

desconhecido e fragmentado destinado à doença.

Tal dicotomia estaria gerando uma relação conflituosa entre o cuidar-se e o tratar-se, onde o cuidado estaria em seu próprio território, representante do conhecido e da autonomia, enquanto o tratar-se estaria no âmbito do desconhecido, do fragmentado e da dependência.

Parece-nos, então, haver uma certa tendência em desconsiderar ou mesmo desvalorizar as questões ligadas à dimensão cuidadora, como o cuidado com as “tecnologias leves”, que envolve o acesso, acolhimento e responsabilidade para com o usuário, como perspectiva do próprio modelo técnico-assistencial e não esperar que surja da improvisação.

Nesse contexto, devemos ter em mente as abordagens teóricas que apontam as representações dos usuários sobre o processo saúde-doença com características globalizantes, holística, enquanto a de natureza técnica mostra-se especializada e centrada nos sinais e sintomas, havendo aí uma lacuna na comunicação desses dois saberes/práticas e o quanto essas perspectivas irão influir no processo de comunicação, o qual será alvo de nossa próxima discussão (Helman, 1994; Minayo, 1994; Merhy, 1998; Bezerra, 1999).

4.2. O diálogo entre os saberes-prática-poder dos usuários e os técnicos-científicos

Quanto ao processo de comunicação entre os saberes-prática-poder do senso-comum e o técnico-científico, identificamos que em Moreno ainda ocorre atualmente, uma lacuna na comunicação dessas dimensões. Existe um forte componente de humanização do atendimento, mas não o desenvolvimento de uma troca dialógica.

A referida lacuna pode ser entendida quando os usuários identificam, no processo de comunicação com a equipe, o caráter de *mandar, dá cartão* e sua reação de ter *vergonha, medo*, mesmo quando esse último é identificado como aquele que presta um atendimento humanizado.

Os elementos de comunicação, acima citados, demonstram uma comunicação parcial e assimétrica e, portanto, apontam que o atendimento de saúde para abranger o universo do seu usuário, necessita ultrapassar o “tratar bem”

e atingir o nível de “cuidar bem”, conhecer o universo do usuário para construir qualquer “recomendação” passível de ser atendida.

Durante a observação das consultas algo nos chamou muito a atenção, como o caráter de alheamento dos usuários frente ao que a equipe lhes recomendava, seja em relação à necessidade de amamentar, não dar chupeta às crianças, os métodos anticoncepcionais ou a dieta insossa para os hipertensos. Durante as entrevistas ficou claro que esses assuntos são percebidos como algo próprio aos serviços de saúde e não ao seu dia-a-dia.

A mensagem era entendida, por vezes esquecida ou refletida, mas nada do universo próprio dos usuários ficava expresso no momento da consulta ou palestra, daí decorrer que os dois universos de saber continuam intocáveis, andando em paralelo, exceto em casos onde as pessoas possuem algum diferencial de estudo ou politização.

Na hora de definir como agir no dia-a-dia, os usuários retomavam os seus próprios referenciais de conhecimento e estratégias de cuidado, remetendo para a equipe de saúde apenas os quadros graves que fugiam à sua possibilidade de controle, possivelmente, quadros que poderiam não ter chegado a tal gravidade, caso tivessem sido criadas estratégias envolvendo os dois saberes.

Aqui mais uma vez observamos peculiaridades entre nossa discussão e a de Boltanski (1989), pois o mesmo refere que por ser baseada em uma relação de classe, a relação ‘médico-paciente’²⁴ teria uma subordinação do segundo em relação ao primeiro e uma conseqüente supervalorização do conhecimento profissional por parte dos usuários.

Os médicos, e aqui entendemos a equipe de saúde, desenvolvem um discurso inacessível ao usuário, ao qual resta, apenas, a possibilidade de submeter-se a ele sem crítica.

Nesse ponto, no entanto, nos coadunamos Minayo (1994) quando afirma que os usuários de alguma forma desenvolvem estratégias para fazer valer os seus interesses, pois foi assim que nossos informantes mostraram realizar.

Foi interessante identificar que as informações técnicas eram consideradas a princípio válidas, no entanto, no cotidiano elas passavam por testes e não eram aceitas sem questionamentos, como pudemos observar nos resultados deste

trabalho.

Observamos que, em termos do conhecimento técnico, os mais facilmente absorvidos e expressos em hábitos cotidianos, são os ligados à higiene, no que diz respeito a lavar os alimentos ou manter o quintal limpo. Esses hábitos estão amplamente absorvidos socialmente, não estando restritos ao trabalho educativo de saúde. E ainda apresentam a possibilidade de incorporação ao contexto cotidiano, no âmbito da saúde e da autonomia e não na esfera dos cuidados técnicos.

Mais uma vez nos afastamos da abordagem de Boltanski (1989), pois por um lado, consideramos válida a relação feita entre o processo de descontextualização dos conhecimentos técnicos e sua posterior apropriação por parte do senso comum. No entanto, discordamos que esse processo ocorra devido a um respeito desmedido em relação aos saberes-práticas-poder técnico-científico e, ainda que ele exista, acreditamos que ele ocorre como uma tentativa dos usuários poder afirmar sua autonomia e não devido a uma negação seus próprios saberes-práticas-poder.

Por outro lado, existem alguns elementos técnicos que, mesmo absorvidos cognitivamente, não se expressam em mudanças de hábitos o que está representado pela resistência das mães que dão chupeta aos bebês e a questão das pessoas que não fazem as dietas de caráter científico. Os usuários se culpam por não seguir as recomendações da equipe e não sabem explicitar porque exatamente isso ocorre.

Talvez essa explicação esteja assentada no fato dos usuários não encontrarem um ponto de convergência entre o discurso técnico e o seu contexto. Retomando Alves & Rabelo (1998) observamos que o comportamento habitual e o reflexivo não estariam em um dado grupo social, como o dos usuários de saúde por exemplo, mas na origem do agir cotidiano e que, apenas quando algo impede concreta ou imaginariamente a continuidade de um hábito, são desenvolvidos comportamentos reflexivo, até que novamente tornem-se habituais e assim sucessivamente.

Um elemento observado nas consultas e palestras é que o conteúdo técnico é repassado como recomendações, sem uma prévia discussão da perspectiva dos usuários sobre o assunto, suas dificuldades e alternativas.

Como é histórica a distância entre esses dois saberes os usuários sentem-se

²⁴ Em nossa análise estamos tomando a relação usuário-equipe de saúde.

inibidos, envergonhados de falar sobre suas dificuldades, mesmo identificando uma equipe com uma disponibilidade de escuta.

Tal situação leva a um paralelismo no desenvolvimento desses saberes-práticas-poder na realidade cotidiana, ou sua troca instrumental, sem a perspectiva de construção de consensos, assim os comportamentos de ambos mantêm padrões habituais um frente aos outros: a equipe reforçando as suas recomendações e os usuários seguindo-as a partir de suas expectativas.

Por outro lado, o fato de não terem expressado sentimentos de raiva e revanchismo na sua relação explícita e direta com a equipe de saúde, não significa que estes não existam. Consideramos que esses sentimentos são expressos de forma velada e indireta como ocorre quando os usuários, além de abandonar o profissional que os atende mal, fazem uma propaganda negativa do mesmo para seus familiares e amigos, ou os “usa” para atender seus interesses parciais, como por exemplo, obter Diazepan.

Quando os usuários falam do seu desejo de que os ‘chás’ e ‘lambedores’ possam ser aceitos nos serviços de saúde, acreditamos que os mesmos estão falando do desejo de poderem levar algo de seu para o tratamento, visando a evitar ou a minimizar essa quebra existencial provocada pela da doença.

Os chás e lambedores representariam algo advindo de um mundo conhecido, acessível e intercambiável socialmente. Constitui, portanto, um representante máximo de seus saberes-práticas-poder e de confronto com os técnico-científicos. Fica claro uma atitude de resistência e ‘revanche’ quando o usuário vai ao médico e afirma ter tomado a medicação passada por ele e na realidade tomou um lambedor e ficou curado.

O próprio valor atribuído ao apoio de familiares, amigos e até do médico como relevante para o processo de cura demonstra que o elemento biológico não é colocado como central para o cuidado. Mesmo quando o remédio é referido como algo essencial na esfera do cuidado técnico, esse aparece subordinado à condição do médico ouvir e examinar.

É igualmente relevante destacar que mesmo o fato da equipe ter sido apontada como apta para o cuidado de saúde, por “ter mais estudo”, a expectativa de cura fica na relação interpessoal, desde a desenvolvida com os familiares, amigos, com a equipe e até com o divino. Ao nosso ver, a fé colocada nessas

relações seria um dos sustentáculos mais valorizados como facilitadores de cura, associada ao medicamento adequado.

Os três elementos essenciais atribuídos à consulta foram a conversa, o exame e o medicamento.

Observamos que os termos utilizados pelos usuários em relação à conversa designam elementos de *dialogar, perguntar, explicar, contar, ouvir* e para o exame de *avaliar, olhar, observar*, sendo todos esses termos do âmbito das relações humanas e não técnicas, compatíveis com a noção de que a cura advém das relações e da fé depositada nelas.

Talvez por isso, o fato do médico pegar a caneta e passar a receita, sem que antes tenha escutado e examinado, seja considerado como algo mais expressivo da má qualidade de uma consulta, gerando sentimentos de *frustração, tristeza, mágoa, chateação, desamparo e aflição*; típicos igualmente de uma relação humana e não técnica.

A relação estabelecida com a equipe de saúde mostra-se isenta de um caráter político que perpassa conceitos de direito e cidadania, estando mais moldada em uma relação pai x filho.

Não devemos supor, no entanto, que tal relação representaria uma submissão dos usuários aos técnicos. Observamos que os usuários, uma vez que sejam mal atendidos, seguem aquele tratamento específico devido a falta de opção ou por respeito, mas que para uma próxima doença, tratam de procurar outro atendimento que considere melhor.

Ao identificar tal representação retomamos a colocação de Merhy (1998, p. 06) em relação à perspectiva do usuário:

“... entendemos que os usuários buscam nos seus encontros com os trabalhadores de saúde, particularmente nos estabelecimentos de saúde, a produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo.”

Por sua vez, o medicamento, como refere Lefèvre (1991) foi expresso por nossos informantes, como algo da ordem do bom ou do mal dependendo do contexto em que ele aparece. Em termos de *status* parece subordinado à consulta e ao exame, isso se nos referirmos ao campo da consulta.

Em termos de automedicação, identificamos que o Dipirona é amplamente utilizado nessa comunidade, onde por vezes recebe o nome “Dipironazinha”,

expressando intimidade e carinho não havendo identificação de risco quanto ao seu uso indiscriminado. Já os antibióticos são considerados perigosos e por apresentar tal característica deve ter seu uso evitado ao máximo.

Consideramos surpreendente a relação estabelecida pelos usuários com o medicamento, pois a automedicação mostrou-se algo amplamente utilizado e aceito pelos usuários e, por outro lado, quando há a necessidade de sua utilização sob recomendação técnica, é preciso assumir certos aparatos como a conversa e o exame para ser percebida como confiável.

Refletindo esse fato sob o ponto de vista do conjunto das demais informações apreendidas, consideramos que mais uma vez entra em cena a questão do conhecido, acessível e da autonomia. O “Dipirona” é apontado pelos usuários como indicado para as doenças consideradas ‘leves’ e como tal passíveis de controle por parte do senso comum.

Por sua vez os antibióticos, considerados ligados à terapêutica de doenças ‘sérias’, ‘pesadas’, pertencem ao campo técnico-científico e entram no universo do desconhecido, inacessível e como tal uma ameaça à autonomia do senso comum. Somente uma relação de confiança restabelece a possibilidade de aventurar-se no referido mundo desconhecido e perigoso.

4.3. O diálogo dos usuários com a dimensão cuidadora do modelo técnico-assistencial de Moreno

Com referência a esse ponto, cabe retomarmos a proposição de Merhy (1998) acatando a proposição de que os modelos técnico-assistenciais de saúde devam incorporar tecnologias leves, caso queiram de fato atingir a integralidade nos atendimentos e ações de saúde.

Atentamos ainda para o fato do sujeito que faz valer suas necessidades, deseja um atendimento humanizado, bem como incorpora as tecnologias existentes, as quais não consideram incompatíveis com o auto cuidado. Desta forma mostraram-se satisfeitos com os serviços às gestantes, puérperas, mães de crianças pequenas, hipertensos, diabéticos, idosos ou aos com familiares acamados.

Isso indica, por um lado, que a unidade do PSC vem atendendo a sua

“população alvo” e por outro mostra que o modelo técnico-assistencial do município é insuficiente para atender às necessidades de saúde dos seus usuários de forma mais global, uma vez que os adultos, adolescentes e os casos que demandam assistência especializada sentem-se desassistidos.

A unidade do PSC parece ser algo de orgulho para a comunidade que a valoriza como um ganho coletivo, o que parece ser reforçado pelo atendimento a toda família e realização de visitas domiciliares. Advém daí uma grande expectativa de que o serviço possa ser referência para qualquer morador, independente dos critérios estabelecidos pelo programa, assim como para qualquer agravo à saúde. Como foi visto nos resultados, a interdição dessa expectativa gera reações intensas de raiva ou ressentimento.

Essa aceitação ao nosso ver relaciona-se, ainda, ao fato do atendimento da equipe mostrar-se diferenciado em relação aos atendimentos clássicos de saúde talvez devido ao seu caráter fortemente humanizado, perpassando toda a equipe, ou seja, as agentes de saúde, enfermeira, médico e auxiliar de enfermagem.

Os usuários mostraram que associam estratégias diversas para conseguirem um atendimento de saúde mais fácil e rápido, tais como a identificação dos serviços para doenças leves, os de dentista, os de emergência, etc., demonstrando a valorização atribuída a esses dois elementos.

Esse dado revela mais uma vez uma coerência no processo de busca de assistência, não organizada, mas que busca superar os obstáculos impostos na relação entre suas necessidades e os serviços de saúde existentes.

Identificamos, ainda, uma estratégia de procura, envolvendo o agravo e a acessibilidade dos serviços existentes onde, como estratégia primeira são utilizados os recursos da própria comunidade para aquelas doenças ‘leves’, ‘menos sérias’, sendo seguidos pela procura à unidade do PSC e como uma terceira estratégia buscam os serviços especializados fora da comunidade.

A referida hierarquização na procura dos serviços e ações de saúde, reforça o valor atribuído aos cuidados no espaço da ordem do conhecido, do integral e, como tal, da autonomia, discutido anteriormente.

Como vimos em Campos (1989, 1992 e 1997) os modelos técnico assistenciais de saúde, deveriam habilitar-se para atender às demandas dos usuários, sem perder sua racionalidade, sendo necessário para isso que as ações e

serviços estivessem organizados para atender aos usuários o mais integralmente em seu território. Um serviço com essas características, demanda uma assistência interdisciplinar, com níveis de atendimento que perpassem desde as ações básicas até as mais complexas e o descentramento das ações estruturadas apenas para os grupos de risco.

Por fim podemos afirmar, baseados no abstraído através das representações dos usuários que, para esses é válida a colocação de Merhy (1998) de que a conformação do atendimento deve envolver igualmente acolhimento e o conhecimento clínico e tecnológico, uma vez que nenhum desses, isoladamente, seria capaz de dar resposta à defesa da vida, extrapolando a doença.

A troca dialógica entre os saberes-práticas-poder do senso-comum e técnico-científico não se materializará caso sejam desconsiderados, na formulação da políticas de saúde, espaços e tempos próprios para o seu desenvolvimento, adequação de recursos humanos, tanto no que se refere à composição da equipe, quanto à sua educação continuada, para lidar com os conflitos próprios a uma prática dessa natureza.

CAPÍTULO V

*“Da vertente científica da obra de Bachelard, devemos reter que a ciência não é **representação**, mas ato. A noção de espetáculo precisa ser eliminada. Não é contemplando, mas **construindo, criando, produzindo, retificando,** que o espírito chega à verdade. É por retificações contínuas, por críticas, por polêmicas, que a Razão descobre e faz a verdade.”*
(Japiassu, 1975, p. 46-47)

CAPÍTULO 5

5.0. Conclusões e recomendações

5.1. Conclusões

Visando à consistência na presente pesquisa, retomamos as nossas

questões norteadoras sintetizando o que apreendemos após a articulação entre a discussão teórica e as representações dos usuários.

Iniciamos com a questão das representações dos usuários de saúde, residentes na Comunidade Nossa Senhora da Conceição, com referência ao cuidado em saúde que perpassa o modelo técnico-assistencial de saúde.

Ao longo da pesquisa, alguns aspectos marcantes foram observados e os abordamos a seguir:

Os usuários demonstram padrões de cuidados, tratamentos e de facilitadores para cura em dois níveis, os ligados à própria cultura e os identificados como do campo técnico-científico.

Os citados padrões mostraram-se hierarquizados, a partir da gravidade, do conhecimento que se tenha sobre o agravo e os meios disponíveis para enfrentar o problema.

Apesar de identificar uma confiabilidade nas estratégias de cuidados e tratamentos ligados à tradição, os usuários também demonstraram uma disposição em experimentar estratégias sugeridas por outros moradores, amigos, programas de televisão, entre outros.

Igualmente, não pareceram ter dificuldades em absorver as diversas tecnologias existentes no sistema oficial de saúde, nem mesmo em transitar entre os dois pólos de cuidados identificados, ou seja o técnico-científico e o do senso-comum.

Existe, no entanto, dois aspectos a considerar, o primeiro refere-se à questão da autonomia que os usuários expressam, no sentido de não abrir mão das possibilidades próprias à sua cultura no cuidado à saúde e por outro o reforço ao auto cuidado advindo da dificuldade de acesso e acolhimento por parte dos serviços e ações de saúde ofertados pelo sistema oficial de saúde.

Quando falamos em acesso e acolhimento, estamos retomando a noção abordada durante o trabalho das “tecnologias leves” e a identificação da não incorporação das representações dos usuários, na oferta e estrutura dos serviços, bem como na assistência. Tal situação, mantém os dois saberes-práticas-poder cada qual em campos bem distintos, criando algumas relações que devem ser consideradas.

Através das representações dos usuários identificamos, ainda, que as

relações entre os saberes-práticas-poder do senso-comum e o técnico-científico ocorrem em um duplo processo, ora de complementaridade, ora de ruptura.

Tais processos, possivelmente, estão ligados à identificação, por parte dos usuários dos serviços de saúde, dos espaços privilegiados para a doença. Por outro lado, a saúde e o cuidar-se estariam em seus próprios territórios e no cotidiano, representando, portanto, o conhecido, o global e a autonomia, frente ao seu contexto existencial; diferentemente do tratar-se nos serviços de saúde que estaria no âmbito do desconhecido, do fragmentado e da dependência.

Esse paralelismo entre o cuidar-se e o tratar-se, ao nosso ver, decorre da inexistência de um diálogo entre os saberes-práticas-poder do senso-comum e o técnico-científico. Mesmo na unidade do PSC, onde o atendimento foi identificado como bastante humanizado no sentido de atender aos usuários com atenção, carinho e presteza, ainda não ocorre uma relação dialógica entre os referidos saberes-práticas-poder e, sim, uma preponderância das informações técnicas, como as legítimas e as que devem ser seguidas.

Existe, por parte dos usuários, uma construção lógica de avaliação e adoção de estratégias quanto ao quadro de saúde a ser assistido com os próprios recursos ou com os recursos técnico-científicos e a hierarquia dos serviços a serem procurados. Identificamos a expectativa de que o “posto da comunidade” possa servir de porta de entrada do sistema de saúde para todos os moradores e todas as demandas de saúde e, não apenas, para alguns grupos considerados tecnicamente como de risco e para as “doenças leves”.

Essa representação, possivelmente, decorre do fato de que a unidade do PSC e sua equipe estão presentes no dia-a-dia da comunidade atendendo a todos os membros da família e, ainda, realizando ações preventivas as quais estariam mais próximas dos referenciais do cuidar-se próprias à cultura e aos cuidados técnicos já absorvidos. Estes foram trabalhados de forma intersetorial, através da educação e da mídia, por exemplo, diminuindo, dessa forma, a descontinuidade com o tratar-se tipicamente identificado com o campo técnico-científico da saúde.

As estratégias adotadas pelos usuários mostram-se dinâmicas e são constituídas a partir das opções e limites existentes em seu cotidiano, em especial no que se refere ao acesso e qualidade existentes nos serviços de saúde.

Com relação à nossa segunda questão norteadora que se refere ao modo

como vem sendo desenvolvida a dimensão cuidadora do modelo técnico-assistencial de Moreno, abstraímos algumas questões a partir da conformação atual do referido modelo e as representações dos usuários.

A prática assistencial de Moreno utiliza as unidades do PSC como estratégia para o acesso dos usuários à assistência básica e ao sistema de saúde, o que parece compatível com as expectativas dos usuários de possuírem um posto em sua comunidade atendendo a todos os membros da família, realizando visitas domiciliares aos acamados, sendo, portanto, procedimentos diversos aos adotados pelos modelos clássicos de atendimento.

Simbolicamente a referida forma de atendimento significa desejar algo da ordem do familiar, do acessível, da “proximidade” que, ao nosso ver, não está ligada apenas ao longe ou perto com referência à distância espacial, mas às possibilidades de trocas cotidianas e de estabelecimento de relações mais simétricas.

O desejo de que os ‘chás’ e ‘lambedores’ pudessem ser incorporados à prática do cuidado técnico é um exemplo do desejo de trocas e de simetria, pois o mesmo representa o que tem de mais valioso nas estratégias do cuidado do senso-comum por representar o conhecido, acessível e intercambiável socialmente.

O modelo técnico-assistencial de Moreno tem enfatizado as ações básicas de saúde, entrando em contraste com as expectativas dos usuários, os quais pressionam por ações e serviços especializados, uma vez que têm conhecimento de diversas tecnologias existentes.

Parece haver uma insatisfação dos usuários quanto à dificuldade de acesso a tais tecnologias, uma vez que se sentem “desprotegidos” quando o agravo à saúde impõe uma assistência técnica mais especializada. Não parece ser identificado pelos mesmos sequer um sistema eficaz de referência e contra-referência, havendo sim, uma busca por serviços especializados predominantemente, através dos seus próprios esforços.

Existe uma representação de que os serviços de saúde deveriam atender a todas as suas demandas, considerando as suas singularidades.

O fato das ações do PSC estarem privilegiando os grupos de risco como gestantes, puérperas, idosos, hipertensos e crianças gera um sentimento intenso de rejeição por parte dos demais moradores não incluídos nesse grupo e que têm dificuldade de acesso à assistência na unidade do Programa.

Os moradores não incluídos como “público-alvo” da unidade do PSC, interpretam como uma contradição ter um “posto da comunidade” e não ter acesso a ele, além de despertar um sentimento de injustiça, onde uns têm direito à assistência considerada diferenciada, em termos de qualidade e outros ficam de fora de tal assistência.

Por fim, quanto às consonâncias e dissonâncias identificadas entre a dimensão cuidadora e a incorporação das representações dos usuários concluímos que:

A dimensão cuidadora da prática realizada na unidade do PSC da comunidade Nossa Senhora da Conceição mostra-se bastante humanizada, como já referimos anteriormente, servindo inclusive de referencial para os usuários quanto ao padrão de qualidade esperado em outros serviços.

O fato de centrar-se em ações básicas e em grupos de risco deixam uma lacuna no que os usuários demandam em termos de ter um atendimento o mais global e com diversidade de tecnologias possíveis, preservando a assistência em seu território.

A questão do diálogo entre saberes-práticas-poder do senso-comum e técnico-científico, expresso na relação dos usuários, equipe do PSC, planejamento e gestão do sistema de saúde local, ainda se mostram como algo a ser construído, uma vez que esses campos se revelaram andando em paralelo.

A afirmação acima pode ser compreendida ao retomarmos a noção de que incorporar a perspectiva do usuário extrapola avaliar sua satisfação com o sistema. Saber suas demandas para adequá-las à racionalidade técnica representaria manter o padrão técnico como guia e os usuários como acessórios do processo de constituição dos modelos técnico-assistenciais de saúde.

A perspectiva de incorporação das representações dos usuários seria a de dialogar com sua racionalidade e estabelecer consensos e/ou contratos, considerando a positividade que cada um dos saberes-práticas-poder possui para a conformação da prática assistencial do município e, na perspectiva do usuário, além de possível, o referido diálogo mostra-se desejável.

Em nossa pesquisa não foi possível abordarmos as representações sobre os cuidados em saúde dos profissionais e gestores, o que ao nosso ver seria essencial para viabilizar o diálogo referido ao longo de nosso trabalho e, se não fizemos tal

abordagem, foi pelas limitações próprias à realização de uma pesquisa a nível de mestrado, onde além da pouca experiência do pesquisador, existe a delimitação exigua do prazo para seu término.

5.2. Recomendações

Depois de todo nosso trabalho, a palavra “recomendações” soa totalmente fora do contexto, pois a nossa intenção não é apresentar padrões a serem seguidos. No entanto, compreendemos que não podemos desperdiçar a riqueza do material advindo dos usuários para os estudos e as práticas assistenciais, de planejamento, avaliação e gestão. E ainda que, a sensibilidade dos gestores e equipe técnica do município permitirá que o material levantado nesse estudo, sirva para o processo contínuo de amadurecimento institucional.

Isto porque o quadro de morbi-mortalidade do município mostra-se complexo e seus usuários já incorporaram a noção de tecnologias “duras, leve-duras e leves”, razão pela qual a prática assistencial do município deve articular um quadro amplo, em rede, onde estejam contempladas as ações básicas de saúde, bem como as especializadas, com a noção, por parte dos técnicos, das tecnologias leves como um componente essencial para o cuidado em saúde, visando à integralidade da assistência, superando o tratar e assumindo a perspectiva do cuidado, com ênfase para as ações intersetoriais, sempre na perspectiva de ampliar o quadro de autonomia do usuário frente à sua vida. Para tal, parece indispensável produzir espaços de produção de *acolhimento, responsabilização e vínculo*.

As tecnologias leves devem ser consideradas nos diversos processos de planejamento, gestão, assistência e avaliação desenvolvidos no Município, enquanto estratégia da Política de Saúde e para tal o modelo técnico-assistencial deve contemplar a construção de alguns espaços institucionais que possam facilitar a troca dialógica com os diversos saberes-práticas-poder, inclusive com as representações dos usuários.

As equipes e gestores, enquanto sujeitos significativos para os processos discutidos no presente trabalho, estarão mais apoiados para exercitar a referida prática dialógica, caso estejam permanentemente em processo educativo e de supervisão para lidar com as angústias inerentes à tal prática.

Caberiam avaliações que buscassem incluir as representações dos usuários enquanto sujeito de intencionalidade e não restringir-se aos aspectos de satisfação ou demandas explícitas em relação aos serviços.

Enfim, a realização de estudos sistemáticos, considerando as representações dos usuários do município como um todo, dos profissionais e gestores de saúde, dando ênfase a aspectos não abordados ou pouco aprofundados nesse trabalho, poderão fornecer elementos ricos para uma prática assistencial de saúde racional, humana e que contemple a sua dimensão intersubjetiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACIOLI, M. **Metodologia Antropológica**. Recife, 1995. (aula no curso de Residência em Saúde Pública, NESC/CPqAM/FIOCRUZ) Mimeo. 04p.
- ALBUQUERQUE, P. C. **Saúde da Família**: Uma análise do processo de implantação em municípios do Estado de Pernambuco. Recife, 1999. 26p.

- anteprojeto de pesquisa (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) FIOCRUZ/ENSP/CPqAM.
- ALVES, P. C. & RABELO, M. C. O Status Atual das Ciências Sociais em Saúde no Brasil: Tendências. In: ALVES, P. C. & RABALO, M. C. **Antropologia da Saúde: Traçando identidades e Explorando Fronteiras**. Rio de Janeiro: ed. FIOCRUZ/ Relume Dumará, 1998a. p.13-28.
- _____. Repensando os Estudos sobre Representações e Práticas em Saúde/doença. In: ALVES, P. C. & RABALO, M. C. **Antropologia da Saúde: Traçando identidades e Explorando Fronteiras**. Rio de Janeiro: ed. FIOCRUZ/ Relume Dumará, 1998b. p.107-122.
- AMARANTE, P. D. C. Algumas notas sobre a complexidade da loucura e as transformações na assistência psiquiátrica. **Revista de Terapia Ocupacional**. V.3, n.1/2, p.8-16, jan./dez. 1992.
- _____. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, ciências, saúde -- Manguinhos**. v.1, n.1, p.61/67, jul./out. 1994.
- _____. & GIOVANELLA, L. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e em saúde mental. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 113-147.
- AUGE, A. P. F. & JUNQUEIRA, L. A. P. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. **Cadernos FUNDAP**. n.19, p.60-78, jan./abr. 1996.
- BEZERRA, T. M. da S. **A participação do usuário na produção da informação em saúde**. Recife, NESC/CpqAM/FIOCRUZ/MS (Dissertação do Mestrado em Saúde Pública), 1999. 112p.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999. 199 p.
- BOLTANSKI, L. **As classes Sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989, 191p.
- BOSI, M. L. M. A nutrição na concepção científica moderna: em busca de um novo paradigma. **Revista de Nutrição da PUCAMP**. v.7, n.1, p. 32-47, jan./jun. 1994.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Saúde da Família dentro de casa**. Brasília. 1994.
- _____. Portaria n.º 1.742, de 30 de Agosto de 1996. Aprova preliminarmente o texto da Norma Operacional Básica(NOB) do SUS, na forma deliberada pelo

Conselho Nacional de Saúde, a qual constitui instrumento imprescindível à viabilidade da atenção integral à saúde da população. Diário Oficial da União, Brasília, n.º 170, p. 17064-17071, 02 set. 1996.seção 1.

CADERNOS FUNDARP. **Qualidade em saúde**.n.19, jan./abr., 1996.

CAMPOS, A. M. Em Busca de Novos Caminhos para a Teoria da Organização. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: v. 15, n. 1, p. 104-123, jan./mar. 1981.

CAMPOS, G. W. de S. Considerações sobre a Arte e a Ciência da Mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da Saúde. In: CECÍLIO, Luís C. de O. (org.) **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994, p. 29-87.

_____. **REFORMA DA REFORMA: Repensando a Saúde**. SP: HUCITEC, 1997a cap. 2 e 4.

_____. Modelos Assistenciais e Unidades Básicos de Saúde: elementos para debate. In: Campos, G.W. de Souza, Merhy, E. E. e Nunes, E. D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: HUCITEC, 1989. p. 5-60.

_____. **Subjetividade e administração de pessoal**: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. Campinas: UNICAMP, 1997b. 36p. mimeo.

_____. Modelos de atenção em Saúde Pública: um modo mutante de fazer saúde. In: Saúde em Debate, n.37 dez.,1992. P. 16-19.

CANGUILHEM, G. **O normal o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CARDOSO, C. **“Manda Quem Pode, Obedece Quem Tem Juízo”**: Para Falar sobre a **“Cultura Técnica”**. Recife, 1993. Mimeo, 10p.

_____. & CUNHA, F. de. **Tecnologia de atendimento, cultura de prestação de serviços**. Recife: TGI, 1994.

CARVALHO, A da L. **Avaliação da Qualidade em Saúde Mental: A emergência do Instituto Philippe Pinel como estudo de caso**. Rio de Janeiro, 1996. Monografia (Residência em Saúde Pública). FIOCRUZ/ENSP. CADERNOS FUNDARP. **Qualidade em saúde**.n.19, jan./abr., 1996.

CASTELLANOS, P. L. A Epidemiologia e a Organização dos Sistemas de Saúde.

- IN. Rouquayrol p. 477-484.
- CASTIEL, L. D. **O buraco e o avestruz, a singularidade do adoecer humano.** São Paulo: Papyrus, 1994.
- CECÍLIO, L. C. de O. Contribuições para uma Teoria da Mudança do Setor Público. In: CECÍLIO, L. C. de O. (org.). **Inventando a Mudança na Saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1994, 334 p., p. 235-334.
- CORBISIER, C. A Escuta da Diferença na Emergência Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. & BEZERRA, B. (org.) **Psiquiatria Sem Hospício, Contribuições da Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p. 9-16.
- CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do Modelo assistencial do SUS. In: revista Saúde da família. 1996. p. 10-15.
- COSTA, A. M. **Riqueza de pobre:** um estudo em antropologia da saúde. Brasília, 1980. ---p. Dissertação(Mestrado em Antropologia da Saúde) - UNB.
- COSTA, J. F. **Ética.** Recife: UFPE, 1997. (Palestra apresentada no auditório de Engenharia no dia 17/out.).
- _____. **Ordem médica e norma familiar.** Rio de Janeiro: Graal, 1989. 282p. (Biblioteca de Filosofia e História da Ciência, n.5).
- COSTA, M. R. N. **Apresentação de monografias acadêmicas.** Recife, 1995. mimeo.
- COSTA, N. do R. Saber e a cidadania das classes populares: uma agenda para investigação. **Cadernos de Saúde Pública.** v.5, p.207-209, abr./jun. 1989.
- CRUZ NETO, O. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In: Minayo, Maria C. S. (org.). **Pesquisa Social - teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro: Vozes, 1993, 80 p., p. 51-66.
- DELL'ACQUA, G., MEZZINA, R. Resposta à Crise. In: DELGADO, J.(org.). **A loucura na sala de jantar.** Santos: Resenha, 1991. p.53-80.
- DELEUZE, G. **Conversações.** Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992. 232p. (Coleção TRANS).
- DEMO, P. **Avaliação Qualitativa.** São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1991. (Col. Polêmicas do Nosso Tempo, v. 25).
- ECO, U. **Como se Faz uma Tese.** São Paulo: Perspectiva, 1998. 170p.
- FARR, R.M. Representações Sociais: A Teoria e sua História. IN: GUARESCHI, P. & JOVCHELOVITCH, S. (org.). **Textos em Representações Sociais.**

- Petrópolis: Vozes, 1995. p. 31-59 cap. 1.
- GUERRA, T. R. **A Qualidade na avaliação de serviços de saúde:** análise de propostas abordadas em cursos de Saúde. Recife, 1997. Monografia (Curso de Especialização a nível de Residência em Medicina Preventiva e Social). NESC/CPqAM/FIOCRUZ/MS.
- GIUST-DESPRAIRIES, F. **O Sujeito na Representação Social.** 199-. p.19. Mimeo.
- GREGÓRIO, V. R. do N. **Estudo da Hanseníase em Uma Unidade de saúde do Recife.** Recife, NESC/CPqAM/FIOCRUZ/MS (Dissertação do Mestrado em Saúde Pública), 1999, 126p.
- GUARESCHI, P. & JOVCHELOVITCH, S. (org.). **Textos em Representações Sociais.** Petrópolis: Vozes, 1995. p. 17-22 (introdução).
- HAGUETTE, Tereza M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia.** Petrópolis: Vozes, [19--].
- HELMAN, C. G. Relação Médico-Paciente. In: HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença.** Porto Alegre: Artes Médicas, [1994], p. 100-136.
- IBOPE, 1998.
- ILLICH, I. **A Expropriação da Saúde.** Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Novas Fronteiras. 1975. 196p.
- IUNES, R. F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, S. F.; MAGALHÃES, S. **Economia da Saúde:** Conceito e contribuição para a Saúde. Brasília: IPEA, 1995. p. 99-122. (Série IPEA, n.149).
- JAPIASSU, H. **Introdução ao Pensamento Epistemológico.** Rio de Janeiro, Francisco Alves. 1975, p. 43-55. A Epistemologia Histórica de G. Bachelard.
- KUHN, T. S. **A estrutura das Revoluções científicas.** São Paulo: Perspectiva, 1994, 09-28. (Prefácio e Introdução).
- LAPLANCE & PONTALIS. **Vocabulário da Psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 1991. --- p.
- LEVCOVITZ ; GARRIDO, Saúde da Família a procura de um modelo anunciado. In: Revista saúde da família p.3-9. 199-.
- LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica.** São Paulo: Cortez, 1991. (Pensamento social e saúde, n. 6).
- LUZ, M. T. **Natural, Racional, Social:** razão médica e racionalidade científica

moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988. p. 15-41: A construção da racionalidade científica moderna.

_____. **Medicina e ordem política brasileira:** políticas e instituições de saúde (1950-1930). Rio de Janeiro: Graal. 218p.

MACHADO, H. **Controle Social e agenda política do SUS no Município do Cabo de Santo Agostinho – PE.** Recife, 1999. Dissertação(Mestrado em Saúde Pública) FIOCRUZ/CPqAM/NESC. 162p.

MACHADO, M. H. **Micro-Macro: os novos desafios da Sociologia.** (aula de qualificação para o Doutorado em Sociologia do IUPERJ em 1990) mimeo.

MACHADO, R. **Ciência e Saber:** A trajetória da arqueologia de Foucault. Rio de Janeiro: Graal, 1988. 218p.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1989. p. 7-23.

MATEUS, J. da C. M. et al. **CIÊNCIAS:** Uma desconstrução em processo. Recife, 1995. Mimeo. (Disciplina Métodos e Técnicas de Pesquisa: trabalho de conclusão), NESC/FESP.

MELO FILHO, D. A. de. **Contribuição à compreensão e crítica da Epidemiologia Social.** Salvador, 1994. Cap.1: Algumas considerações sobre Paradigmas. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). UFBA.

MENDES, E. V.(org.) **Distrito Sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO. 1995. 310p.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1996. 300p.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades.** São Paulo, 1992. (Cadernos CEFOR, texto 1).

MERHY, E.E. **A Perda da Dimensão Cuidadora Na Produção da Saúde: Uma discussão do Modelo Assistencial e da Intervenção no seu modo de trabalhar a Assistência.** DMPS/FCM/UNICAP. 1998. p.24 (Mimeo).

_____, et al. **Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida:** contribuição para as conferências de saúde. Campinas, UNICAMP 1995. P.91-96.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** Pesquisa Qualitativa em saúde.

- São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. (Col. Saúde em Debate, n.46).
- _____(Org.). **Pesquisa social, teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1993. (Col. Temas Sociais).
- _____. Quantitativo e Qualitativo em indicadores de saúde: revendo conceitos. **II Congresso de Epidemiologia**. Salvador, 1992. mimeo.
- _____ & SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**. v.9, n.3, p. 239-262, jul./set. 1993.
- _____. O Conceito de Representações Sociais Dentro da Sociologia Clássica. In: GUARESCHI, P. & JOVCHELOVITCH, S. (org.). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 89-112 cap. 3.
- _____. Construção da Identidade da Antropologia na Área de Saúde: O Caso Brasileiro. In: ALVES, P. C. & RABALO, M. C. **Antropologia da Saúde: Traçando identidades e Explorando Fronteiras**. Rio de Janeiro: ed. FIOCRUZ/Relume Dumará, 1998. P.29-46.
- _____, SOUZA, H. de O. Na dor do corpo o grito da vida. In: COSTA, N. R. (org.). **Demandas populares e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: Vozes, 1989. 75-101, v.2.
- MORENO, **Perfil Municipal**. Moreno. 199-,10p.
- _____, **Plano de Assistência Farmacêutica**. Moreno, 1998a, 20p. mimeo.
- _____, **Plano Municipal de Saúde**. Moreno, 1998b, 16p. mimeo.
- _____, **Programa Saúde em Casa, Loteamento Nossa Senhora da Conceição**. Moreno, 2000, 10p. mimeo.
- MORIN, E. Problemas de uma Epistemologia Complexa. In: MORIN, E. **O problema Epistemológico da Complexidade**. [s/l], 1996, p. 13-19.
- NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas de Qualidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
- OLIVEIRA, F. B. de. Razão instrumental versus razão comunicativa. **Revista de Administração Pública**. v.27, n.3, p.15-25, jul./set. 1993.
- OLIVEIRA, J. A. de O. & TEIXEIRA, S. M. F.. **(IM) Previdência Social**, sessenta anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis, Vozes; ABRASCO,1986.360p.

- PAIM, J.S. A Reforma Sanitária e os Modelos das Assistenciais. In: Rouquayrol, M.Z. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993, p.455-466.
- PASSOS, I. M. C. **Participação popular na gestão pública de saúde -- um estudo de caso**. Rio de Janeiro, 1995. dissertação (mestrado em Administração Pública). Fundação Getúlio Vargas/Escola Nacional de Administração Pública.
- PEREIRA, G. S.. **O Profissional de Saúde e a Educação em Saúde: Representações de Uma Prática**. FIOCRUZ (Dissertação), 1993. 113p.
- PERRUSI, A. **A Imagem da Loucura: Representação Social da Doença Mental na Psiquiatria**. São Paulo: Cortez; Recife: Ed. UFPE, 1995. 240p.
- PITTA, A.M.F. Cuidado com o cuidar em saúde mental: estratégias de avaliação. **Cadernos do IPUB**, n.3,p.159-169. 1996.
- QUEIROZ, M. de S., PUNTEL, M. A.. **A Endemia Hansênica: Uma Perspectiva Multidisciplinar**: FIOCRUZ, 1997, 120p cap.09.
- QUEIROZ, M. I. P. de. **Variações sobre a Técnica de Gravador no Registro Vivo da Informação viva**. São Paulo: ed. T. A. Queiroz. 1991 (Biblioteca Básica de Ciências Sociais. Série 2. Textos; v.7) cap. 1, 4, 10.
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc V. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Trad. João Minhoto e Maria Amália Mendes. Lisboa: Gradiva, 1992.
- ROTELLI, F. A instituição inventada. **Cadernos do NUPSO**. a.2, n.3, p.14-19. jan./jun. 1989.
- SÁ, C. P. de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998. 110p.
- _____. Representações Sociais: o conceito e o estado atual. In: BOCK,A.M. et al. **O conhecimento no cotidiano -- as Representações Sociais na perspectiva da Psicologia Social**. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 19-45.
- SANDRA, J. Vivendo com os outros: Intersubjetividade, espaço público e Representações Sociais. In: GUARESCHI, P. & JOVCHELOVITCH, S. (org.). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995. p.63-88 cap. 2.
- SINGER, P. et al. **Prevenir e curar**. O controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988.
- SOBRINHO, M. D. "Habitus" e Representações Sociais: questões para o estudo das identidades coletivas. In: MOREIRA, A.S. P. e OLIVEIRRA, D. C.(org.). **Estudos**

- interdisciplinares de representação social.** Goiânia: AB, 1998. p.117-130.
- SONTAG, S. **A doença como metáfora.** Rio de Janeiro: Graal, 1984. (Col. Tendências, v.6).
- SOUZA, H.M. A estratégia da Saúde da Família no Brasil. **Revista Jovem Médico**, São Paulo, v. 4, n.1, p.11-14, mar./abr. 1999.
- SOUZA, M. de F.M. e Falichman Vigilância à Saúde: Epidemiologia, Serviços e Qualidade de Vida. In: Roquayrol. **Epidemiologia & Saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 1993 p. 467 – 476.
- SPINK, M. J.. Desvendando as Teorias Implícitas: Uma Metodologia de análise das Representações Sociais. In: GUARESCHI, P. & JOVCHELOVITCH, S. (org.). **Textos em Representações Sociais.** Petrópolis: Vozes, 1995. p. 117-148, cap.4.
- THIOLLENT, J. M. **Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária.** São Paulo: Polis, 1987. P 79-99.
- TIRONI, L. F. et al. **Indicadores da qualidade e produtividade-** um relato de experiência no setor público. Brasília: IPEA, 1992. 24 p. (Textos para discussão, n. 263).
- VELHO, L. **Elaboração de uma estratégia experimental de avaliação do desempenho em pesquisa da USP.** São Paulo: USP, 1987.(mimeo).
- ZAIDAN, F. M. **A história como paixão.** Recife: Universitária UFPE. 1991(Série Estudos Universitários).

ANEXO

ROTEIRO DA ENTREVISTA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME:

RUA : IDADE: ESTADO CIVIL: TEMPO DE RESIDÊNCIA:
RELIGIÃO: ESCOLARIDADE: PROFISSÃO:

EIXOS TEMÁTICOS

1- REPRESENTAÇÕES SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE

1. Na sua opinião, quais são as doenças que dá para cuidar em casa e quais são as que têm que levar para o médico?
2. Cuida com que?
3. E quando chega no médico você diz que cuidou assim?
4. E ele o que é que acha?
5. Tem coisas que os médicos dizem para você fazer e que não dá para seguir?
6. O que?
7. Você diz ao médico que não deu para fazer? Por que?
8. Você acha que tem alguma doença que a comunidade, as mães saibam cuidar melhor que os médicos?
9. Por que?
10. Que é que vocês fazem por aqui para não pegar muita doença?
11. Depois que a pessoa está doente, o que mais ajuda para ficar boa?

2- RELAÇÃO INTERPESSOAL ENTRE O USUÁRIO E A EQUIPE DE SAÚDE

1. O que é que tem que ter numa consulta para você gostar?
2. E quando o médico atende mal você faz o tratamento que ele passa?
3. E você volta para ele?
4. Mesmo que seja mais difícil? (em caso de dizer que procura outro)
5. E se você fosse fazer uma consulta, como seria?

3- REPRESENTAÇÕES SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Quando você e sua família precisam de um atendimento de saúde, quais são os serviços que você procura?
2. Por que você procura mais esses serviços?
3. Aqui em Moreno, o que é que tem de bom e de ruim no atendimento de saúde?
4. Se você pensasse assim de uma forma geral, você acha que a senhora e sua

comunidade são atendidas nas necessidades que vocês têm de saúde?

5. Teria mais alguma coisa sobre os atendimentos de saúde que você quisesse acrescentar?

ROTEIRO PARA A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Na unidade do PSC:

- Qual a relação estabelecida entre equipe e usuários?
- Quais as características dos atendimentos?
- Como são feitos os encaminhamentos?
- Como se dá a participação da comunidade em relação ao serviço e ao atendimento?

Na Comunidade:

- Quais as pessoas identificadas como estratégicas para os assuntos ligados ao processo saúde-doença?
- Os temas e perspectivas levantados nos diálogos entre os moradores sobre os aspectos ligados aos cuidados de saúde.