

El proceso salud-enfermedad y la estrategia salud de la familia: la perspectiva del usuario¹

Débora de Souza Santos²

Elainey de Albuquerque Tenório³

Mércia Zeviane Brêda⁴

Silvana Martins Mishima⁵

Objetivo: analizar los significados atribuidos por los usuarios de la Atención Primaria de la Salud al proceso salud-enfermedad y a los servicios utilizados. **Métodos:** investigación cualitativa que utiliza la técnica del grupo focal para entrevistar a dos grupos de usuarios acompañados por el servicio, el primer grupo de ancianos y el segundo de mujeres embarazadas. Para el análisis de los significados, fue usada la técnica de análisis de discurso y el referencial de la promoción de la salud. **Resultados:** grupo de ancianos, mayoría femenina, con hipertensión arterial y diabetes mellitus, entiende el proceso salud-enfermedad como una evolución de la existencia humana controlada por el poder divino, significando al servicio de salud como una bendición para el control de la enfermedad. Para el Grupo de embarazadas jóvenes significó: la salud como una capacidad para el autocuidado y la enfermedad como la incapacidad para eso, concibiendo al servicio de Atención Primaria como responsable por la recuperación de la salud individual y familiar. **Consideraciones finales:** los usuarios demostraron insatisfacción con las relaciones burocratizadas y verticales, presentes en el servicio de salud. Se observó en cada grupo que los significados para salud y enfermedad y los significados del servicio de salud elaborados por los usuarios pueden estar relacionados.

Descriptores: Estrategia de Salud Familiar; Promoción de la Salud; Enfermería en Salud Comunitaria; Enfermería.

¹ Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL), Brasil, proceso nº 00000826(01).

² PhD, Profesor Adjunto, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

³ Enfermera, Prefeitura Municipal de Salvador, Salvador, BA, Brasil.

⁴ PhD, Profesor, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondencia:

Débora de Souza Santos
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia
Av. Lourival Melo Mota, s/n
Cidade Universitária
CEP: 57072-900, Maceió, AL, Brasil
E-mail: ssdebora@yahoo.com.br

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

En las últimas dos décadas, el Sistema Único de Salud (SUS) avanzó en diversos aspectos: como en la ampliación de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF); en la reconfiguración de la administración y financiamiento del sistema; y en la institucionalización legal de los espacios deliberativos de participación popular. Entre tanto, algunos autores⁽¹⁻²⁾ señalan fragilidades que dificultan la consolidación de un modelo de atención amparado en la promoción de la salud.

Un modelo dirigido a la promoción de la salud presupone que el proceso salud-enfermedad es resultante de determinantes sociales, económicos, culturales, étnico/raciales, psicológicos y comportamentales, los que pueden contribuir para el apareamiento de las enfermedades y constituyen factores de riesgo para la población, configurando sus índices de calidad de vida⁽³⁾. De esa forma, promover la salud requiere articulación entre los diversos sectores sociales además del sistema de salud, que garanticen condiciones de los usuarios para empoderarse para el control social en la administración de conocimientos, técnicas, poder, recursos físicos, financieros y humanos, dirigiéndolos para la acción en sus determinantes de salud-enfermedad⁽⁴⁾. Así, entendemos que las necesidades de salud traídas y traducidas por los usuarios contribuyen en la formación de las prácticas de salud, relacionándose a la configuración del modelo de atención⁽¹⁾.

Dentro de la discusión sobre los modelos de atención, la necesidad en salud o problema de salud presentado por el usuario, demanda acciones y servicios de salud para su resolución. Esas prácticas de salud, reunidas, configuran un modelo de atención en salud. Las necesidades en salud presentadas por los usuarios son formadas a partir de la interpretación que los usuarios dan a la salud y a la enfermedad, interpretación esta que es influenciada por numerosos determinantes y condicionantes biológicos, sociales, psicológicos y económicos, en un constante proceso de formación de subjetividades⁽⁵⁾. Sin embargo, se ha observado que los profesionales de la salud todavía desconsideran esos aspectos, ya que sufren la fuerte influencia del modelo biomédico, en el cual el proceso de trabajo es impersonal, está centrado en la cura de la enfermedad ya instalada, en la hospitalización y fragmentación del sujeto, retirándole la autonomía sobre su proceso salud-enfermedad, tan necesaria para el fortalecimiento de la promoción de la salud⁽⁶⁾.

Al considerar las interpretaciones y significados formulados por los usuarios, los servicios para la

promoción de la salud pasan a agregar tres características fundamentales: ética, a medida que solamente se desarrollan relaciones éticas entre usuario y servicio, cuando éste es visto como un individuo y agente social de los propios cambios; pragmática, ya que la participación del usuario solamente se hace a través del diálogo y su participación a partir de la vivencia de prácticas cotidianas; y reflexión crítica sobre las ideas y concepciones que orientan las prácticas de salud entre los diferentes actores⁽⁷⁻⁸⁾. Basados en estos presupuestos, nos preguntamos sobre cuáles son los significados atribuidos por los usuarios a su proceso salud-enfermedad y al servicio de la Estrategia de Salud de la Familia delante de la realidad de Maceió, estado de Alagoas(AL), Brasil.

En el año de 2010, a pesar de la mejoría en relación al año de 2000, los indicadores socioeconómicos de la capital de Alagoas apuntaron una población en que 40,67% vivían con menos de la mitad de un salario mínimo y 15,95% vivían con menos de un cuarto de salario mínimo. Las tasas de analfabetismo y desempleo estaban en torno de 11,32% y 12% respectivamente. Simultáneamente, la tasa de mortalidad infantil estaba en 18,6%, mayor que el promedio nacional, en cuanto la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles aumentó de 59,1% en 2009 para 63,1% en 2010. En contrapartida a esta realidad, Maceió(AL) en 2010 tenía apenas 29, 53% de su población cubierta por la Estrategia Salud de la Familia⁽⁹⁾.

Delante de esto, el objetivo de este trabajo es analizar los significados atribuidos por los usuarios a su proceso salud-enfermedad y al servicio de la Estrategia de Salud de la Familia, formulados por el usuario en su contexto sociocultural. Entendemos que el estudio contribuye directamente para la comprensión de cómo los usuarios significan a la salud, enfermedad y servicios de salud, así cómo esos significados se relacionan con lo cotidiano de los servicios de salud, valorizando la integralidad y la participación popular como directrices de reestructuración del modelo de atención para la promoción de la salud de esta realidad en particular.

Métodos

Se trata de un estudio de abordaje cualitativo, realizado con usuarios de una Unidad de Salud de la Familia de la ciudad de Maceió, Alagoas, Brasil, en el período de enero a mayo de 2011, por medio de la realización de grupos focales. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Alagoas (proceso nº 013414/2010-20).

El grupo focal es una técnica de investigación que consiste en la realización de entrevista colectiva con grupo homogéneo, planificado de manera a obtener interacción entre los sujetos en la discusión de un tema central. De esta manera, el estudio permitió captar, por medio de las declaraciones, los significados atribuidos por los usuarios de la ESF a la salud, a la enfermedad y al servicio de salud⁽¹⁰⁾.

Para esto planificamos la realización del grupo focal con los usuarios participantes de dos grupos distintos de educación en salud de la USF, ya que según los propios profesionales que trabajaban en la unidad, estos presentan un mayor vínculo con el servicio ofrecido al grupo de ancianos y de embarazadas. Elaboramos invitaciones para los usuarios participantes de estos grupos informando la fecha y la hora de la realización del grupo y el tema a ser discutido y los entregamos con la ayuda de los agentes comunitarios de salud. En el día, con local y hora determinados, iniciamos la entrevista con los grupos utilizando las siguientes preguntas disparadoras: "¿Qué es vivir la salud?", con la intención de captar los sentidos y significados atribuidos a la salud y a la enfermedad y "¿Qué piensan ustedes del servicio de salud de la ESF?", con la intención de captar los sentidos y significados relacionados al servicio de salud.

Conforme criterios metodológicos del grupo focal, los grupos fueron realizados por un coordinador y un observador, de manera a garantizar la participación de todos los sujetos, utilizando un guión semiestructurado.

Las entrevistas colectivas fueron grabadas, transcritas y analizadas a partir del método Análisis del Discurso⁽¹¹⁾, tomando el referencial de Promoción de la Salud como modelo teórico para el análisis⁽¹²⁾. El discurso es la "actividad productora de sentidos que aparece en la interacción entre declarantes"⁽¹³⁾, siendo que el sentido es construido social e históricamente, materializándose en el lenguaje. El análisis de discurso objetiva la obtención de los significados de los textos relacionándolos con la coyuntura religiosa, filosófica, socio-política, jurídica y económica que los compenentran. Fueron utilizados nombres de planetas para los participantes del grupo 1 y nombres de flores para los participantes del grupo 2, con la finalidad de preservar la identidad de los mismos.

Resultados

Fue realizado el encuentro con cada grupo. El encuentro con el primer grupo tuvo la duración de 41 minutos y 18 segundos en cuanto el encuentro con el segundo grupo duró 30 min y 54 segundos.

El primer grupo focal realizado contó con la participación de cinco usuarios, la mayoría femenina, predominantemente ancianas, intervalo de edad entre 55 y 75 años, frecuentadores del grupo con hipertensión arterial y diabetes mellitus de la USF. El segundo grupo contó con la participación de siete usuarias, jóvenes, intervalo de edad entre 21 y 29 años, participantes del grupo de embarazadas de la referida unidad.

El análisis de las declaraciones siguió la lógica de la generación de sentido⁽¹⁰⁾: identificamos primeramente palabras y expresiones utilizadas por los usuarios y a partir de estas obtuvimos las figuras y temas en frases temáticas. Pero, para que las frases temáticas pudiesen constituir significados, como preconizado por el Análisis del Discurso, relacionamos las frases temáticas al grupo de donde surgieron, en el tiempo y en el espacio en que fueron producidas, a los usuarios participantes y a sus relaciones de poder reproducidas en el discurso. Presentamos la Figura 1 en la cual se sintetiza los significados obtenidos en cada grupo focal:

	Significados
Grupo 1	Salud y enfermedad como condiciones transitorias, de carácter evolutivo, natural e inevitable.
	Proceso salud-enfermedad bajo la dirección del poder divino.
	Servicio de la Unidad de Salud de la Familia como bendición divina en el control de las enfermedades.
Grupo 2	Autocuidado como elemento determinante para la conservación de la salud.
	Enfermedad como incapacidad o déficit para el autocuidado.
	Servicio de salud significando la recuperación de la salud y de la capacidad para el autocuidado.

Figura 1 - Síntesis de los significados que surgieron en los grupos focales. Maceió, AL, Brasil, 2011

Discusión

Análisis del grupo focal 1: Salud es como nosotros cuando jóvenes

Los usuarios ancianos, representados en la Figura 1 como grupo 1, no colocan la salud y la enfermedad desde el punto de vista dualístico, oponiendo los fenómenos, pero significan salud y enfermedad como condiciones transitorias, de carácter evolutivo, natural e inevitable. Caracterizan a la salud como plenitud física que permite al individuo resistir a las adversidades, compenetrada por la sensación de placer individual, más característico del joven. Y a la enfermedad como fenómeno que incapacita, causador de sufrimiento y dependencia,

más característico de la fase de vida del anciano, por ellos experimentada, como podemos observar en las declaraciones: *Salud es como nosotros cuando jóvenes, ¿no es verdad? Va para donde quiere, todo es bueno, todo es saludable, pero nosotros cuando somos viejos, nosotros vamos para un rincón hoy y mañana amanece sin aliento, cansado* (Urano, 65 años). *Tiene que morir un día, no voy a quedar para semilla* (Tierra, 72 años).

Es comprensible que en la condición de ancianos, con enfermedades crónicas, son varias las limitaciones físicas que poseen, influenciando la autopercepción como personas que un día ya tuvieron salud y hoy son enfermos viviendo en la inminencia de la muerte⁽¹³⁾. Esa forma de significar la salud y la enfermedad se basa en la determinación de la existencia de los organismos vivos, que son programados para nacer, vivir y morir⁽¹⁴⁾. Sin embargo, la muerte no es un hecho exclusivo de la vejez, pero es verdadero que "si sobrevivimos hasta la vejez moriremos, pero no por ser viejos, pero por el hecho de ser humanos"⁽¹⁴⁾.

Esta interpretación del grupo se aproxima con la idea de que el individuo a lo largo de su vida es susceptible a diversos riesgos internos y del ambiente, los que colocan al organismo en desequilibrio, exigiendo esfuerzos del mismo para restablecer un nuevo equilibrio. Los procesos de modificaciones provocados para restaurar el equilibrio del cuerpo, a lo largo del tiempo, lo van modificando, siendo que el cuerpo viejo, más frágil, es resultado de esos procesos. Consecuentemente, se admite que la enfermedad hace parte de la salud que, desde ese punto de vista, nada más es que "poder enfermarse y recuperarse"⁽¹⁵⁾.

Una usuaria, explica que ese *proceso salud-enfermedad está bajo la dirección del poder divino: Salud es una bendición del padre celestial... Porque, vea usted, hay personas que no tiene condiciones de vivir, la alimentación es escasa, yo mismo... ¡Agradezco a Jesús Cristo por la salud que él me da!* (Saturno, 55 años).

En la visión de la usuaria, apenas el poder divino justificaría la sobrevivencia en medio a la adversidad de las condiciones sociales y económicas, como una forma de salvación, concordando con el referencial de promoción de la salud que afirma que condiciones adversas no son capaces de producir salud. En la concepción sagrada de la salud y enfermedad, obtener salud es sinónimo de salvación⁽¹⁴⁾. En este sentido, el servicio de la USF asume el significado de *bendición divina en el control de las enfermedades y en la promoción de una vida saludable: El servicio al que llegué para me tratar fue aquel y a aquel yo le doy valor, es una bendición para mi, del tiempo que*

yo estoy allá, nadie fue malo conmigo... Hube otra vez que yo llegué ya muriendo, pero fui tratada como una reina (Neptuno, 75 años).

Esa visión del servicio de salud como una dádiva divina se refleja en una postura pasiva de los usuarios delante del servicio, ya que de esa forma el servicio pierde, para el usuario, su característica de derecho conquistado y garantizado legalmente. La relación de sumisión que se establece puede ser observada también cuando los usuarios refieren "solicitar el consentimiento" del agente de salud o de las personas de la recepción para ser atendidos por el servicio de salud.

La significación del servicio como bendición divina inviste al profesional de la salud con un gran poder sobre el usuario, colaborando para la configuración de una relación vertical entre el profesional de la salud y la comunidad, siendo el primero el detentor del saber y el usuario una persona ignorante y únicamente culpada por su malestar⁽¹⁶⁾. En la concepción mágico-religiosa de la salud, la enfermedad es tenida como un castigo divino debido a las transgresiones de las leyes divinas, restando al individuo una postura pasiva de sumisión a la voluntad divina de curar o eliminar el mal. Siendo así, para el usuario, delante de su necesidad, no resta alternativa a no ser aceptar la peregrinación en busca de atención en el servicio como parte del proceso de remisión de la culpa y el alcance de la cura⁽¹⁶⁾.

Observando las declaraciones de los usuarios, percibimos ese fenómeno cuando los mismos relatan no importarse con la carencia de servicios especializados, falta de medicamentos o la larga espera en las filas. Inclusive cuando en la condición de ancianos posean prioridad; aguardan en la fila con resignación la atención, asumiendo la culpa de no ser atendidos por no esperar quietos, sin reclamar, o por no llegar a la hora para conseguir cupo en la fila: *... Porque no llego allá, para pasar adelante... Ya tuve mucha confusión allí adentro, ¿entendió? Por causa de eso... Allá hay fila ¡Hay que entrar en la fila!* (Marte, 70 años). *Los ancianos, llegan allá y son atendidos primero... Ahora yo solo no fui atendida, porque yo llego ahí atrasada, ¿no es verdad? La médica está atendiendo, pero yo llegué atrasada, ahí yo me voy. Porque no llegué en el horario correcto.* (Urano, 65 años).

La organización de la agenda diaria y la planificación de la atención son atribuciones de los trabajadores del servicio de salud, debiendo tener la relativa participación de los usuarios en su construcción, disminuyendo la burocracia y verticalidad de las relaciones entre usuario y servicio⁽¹⁷⁾. Entretanto, cuando observamos en las declaraciones que los usuarios se culpan por no ajustarse

a la fila de atención, percibimos como el servicio puede ejercer su poder sobre el sujeto, desestimulando su capacidad de participación y autonomía. En este sentido el encuentro entre comunidad y servicio adquiere un mecanismo controlador, reproductor de ideologías y productos sociales⁽¹⁷⁾, diferente de lo que es preconizado por la ESF para configuración de un modelo de atención dirigido para la promoción de la salud, con una lógica de atención centrada en la relación entre usuario y servicio, basada en el respeto mutuo, valorización de las subjetividades y autonomía de los sujetos⁽¹⁸⁾.

Dentro de las opciones de acciones programáticas de la ESF contenidos en la agenda diaria, los usuarios del grupo de ancianos relatan que disfrutaban de la distribución de remedios, encaminamiento para cirugías, medición de la presión, medición de la glucemia capilar, consultas médicas y de enfermería, vacunas y participación de actividades educativas. La atención prestada por el agente de salud es bastante valorizada por los usuarios, ya que se sienten acompañados, inclusive estando en el domicilio: *para mí está bien. Lo bueno es la atención... Para mirar la diabetes, el joven mira nuestro dedo, nos pesa, cuantas veces yo lo mando él me pesa, mide la presión, me encamina para la doctora... Cuando yo no voy a la doctora, yo lo obtengo con la enfermera ...*(Urano, 65 años). *Ya me encaminó para una operación... Fui operado... Todo de ahí!... Las jóvenes que allí trabajan tienen aprecio por mí, pero gracias a Dios...* (Marte, 70 años). *Después que yo fui para aquel puesto allí, si yo fuera a consultar, yo soy atendida, porque mi agente de salud va allá a nuestra casa. Ahí yo quedo muy satisfecha, que en esos otros puestos nosotros enfrentamos una fila...* (Neptuno, 75 años).

En esas declaraciones los usuarios destacan también como valorizan durante la atención del tratamiento con respeto, consideración y resolutivez, estableciendo a partir de esos criterios, relaciones con el servicio marcadas por afectos positivos o negativos. Sobre eso es común que los usuarios, en la falta de criterios técnicos para evaluar el desempeño del profesional, utilicen parámetros cotidianos de apreciación del trabajador como amabilidad, buena voluntad y complacencia⁽¹⁸⁾. Bajo esos criterios, pueden desarrollar relaciones de afecto positivo o negativo, dependiendo del éxito en la solución de sus necesidades de salud, lo que determinará la continuidad y adhesión a los servicios ofrecidos⁽¹⁹⁾.

En el discurso de los usuarios, es posible observar el desarrollo del afecto positivo en los términos "ser tratada como una reina", "al personal le caigo bien", "los ancianos son atendidos primero". Por otro lado, el desarrollo de afectos negativos fueron observados

en las declaraciones de otros usuarios que relataron sentirse rechazados por el servicio, cuando les faltaba informaciones, en las ocasiones de conflictos con el equipo, en la planificación de la consulta desajustada de su rutina y en relación al tiempo de espera prolongado en la fila: *Cuando yo mostré así el documento para el joven... me sentí rechazada y salí, ¿no es verdad? Claro, no volví más, ¿no es verdad?* (Tierra, 72 años). *Yo mismo, ¿no es verdad? Tengo una cosa a reclamar de allá... el examen de la vista ...tantos días para hacer una cita ella la hizo para día 10, día 10 es domingo!* (Saturno, 55 años).

Cuando la relación entre usuario y servicio limita a alguna de las partes y los afectos no tienen el debido espacio en lo cotidiano del servicio, las acciones en salud tienden a ser rígidas, verticales y excluyentes, o sea, deshumanizan el servicio. Inclusive en los afectos positivos, si no son debidamente discutidos y trabajados entre los usuarios y trabajadores, pueden producir una relación basada en la compasión, informalidad, dependencia de juicios y valores personales, reiterando la asimetría en las relaciones⁽¹⁹⁾, lo que corrobora los principios de la humanización en salud, de la autonomía y responsabilidad compartida de los actores que construyen los servicios de salud. Por eso los afectos producidos en la relación entre servicio y usuario que se encuentran en las declaraciones revelan un gran potencial transformador, si son trabajados en el sentido de que "aquel con quien compartimos el camino es tomado como un auténtico interlocutor y no apenas como un "objeto" de nuestras iniciativas"⁽²⁰⁾.

De esta manera, este cuadro apunta para la necesidad de dar oportunidad y potencializar espacios democráticos de decisión, que valoricen los significados de los sujetos implicados en el proceso de producción de la salud, para establecimiento de vínculos solidarios que permitan la reversión del modelo de atención en el contexto de la ESF⁽²⁰⁾.

Análisis del grupo focal 2: Vivir la salud es hacer el bien para sí mismo y para otras personas

El grupo de mujeres apuntó el *autocuidado como elemento determinante en la conservación de la salud*, a través de prácticas saludables de higiene, alimentación, sueño y práctica de ejercicios físicos, evitando el estrés y el uso de drogas, como observado en las declaraciones: *es vivir bien, se alimentar bien, cuidar de la propia salud* (Rosa, 22 años). *Es no tomar bebidas que no hagan bien a la salud, no fumar... Creo que es eso* (Violeta, 23 años). *Si no hay higiene en casa... la salud va por agua abajo* (Dalia, 26 años).

El autocuidado es definido como uno de los aspectos de la vida saludable. Es colocado por las usuarias como la capacidad individual de realizar acciones para sí misma o en el ambiente, que mantenga el cuerpo funcionando adecuadamente para el desempeño de las funciones cotidianas, con bienestar. La perspectiva del autocuidado presupone que la salud es la forma por la cual una persona manifiesta su existencia procesual, coexistiendo con otros seres, comunicándose con el mundo, ejerciendo el "deseo humano de saber, de buscar la verdad y de hacer el bien a sí mismo y a los otros"⁽²¹⁾.

Para la ESF, la práctica del autocuidado es una prerrogativa necesaria para el alcance de la promoción de la salud, una vez que refuerza la autonomía del individuo, tornándolo un agente responsable que busca calidad de vida. Sin embargo, el discurso del autocuidado debe ser analizado bajo la luz de la sociedad neoliberal, que es en donde se insiere, para que no caiga en el individualismo, culpabilizando al individuo por su enfermedad y retirando del Estado su responsabilidad en el suministro de los recursos necesarios para que los individuos promuevan la salud. O sea, el autocuidado es importante en un modelo de promoción de la salud, pero es considerado como parte de una política amplia y democrática, que promueva calidad de vida considerando los determinantes y condicionantes sociales de salud⁽²²⁾.

Consecuentemente, considerando los determinantes y condicionantes sociales del territorio en que las usuarias viven, marcado por precarias condiciones de habitación, saneamiento básico, educación y tiempo libre, además de elevadas tasas de desempleo, subempleo y violencia, inferimos que posibilitar para sí y para la familia buenas prácticas de higiene y alimentación sean consideradas, por las usuarias, aspectos fundamentales para su salud individual y familiar.

Además de esto, es relevante ponderar que las mujeres vienen, cada vez más, proveyendo a la familia de necesidades materiales. La doble jornada de trabajo femenino es ampliamente divulgada y conocida, también en las camadas más pobres de la población, sobrecargando el papel social de mujeres, como las entrevistadas⁽²³⁾. La literatura también apunta que las mujeres son el grupo que más procuran los servicios de salud para sí y para la familia, en especial la Atención Básica⁽²⁴⁾. En este sentido, la significación de salud como capacidad para el autocuidado puede estar relacionada a la necesidad femenina de estar apta para el trabajo y para la organización del hogar, teniendo en vista la sustentación material y afectiva del núcleo familiar.

Así, la conservación de la propia salud aparece como un factor importante para el cuidado del familiar y del prójimo, generando sentimientos de placer, satisfacción, felicidad, alegría y coraje: *felicidad, es saber que está bien, que no corre riesgos... Lo más importante es tener salud... Porque si yo no tengo salud ¿Cómo es que yo voy a cuidar de él? (Apunta para el hijo que estaba en el regazo) (Dalia, 26 años). Es vivir bien, ser feliz... Vivir la salud es hacer el bien para sí mismo... y para otras personas ... (Crisantemo, 21 años). Vivir la salud es... Tener coraje y ser así sin titubear. Es jugar, correr, sonreír, conversar, es voluntad de hacer las cosas y es solo eso (Margarita, 29 años).*

En este caso, autocuidado y salud se retroalimentan positivamente de forma que el autocuidado genera la salud y la salud suministra al individuo el placer de la autonomía sobre el cuidado de sí mismo y del prójimo, el dominio de la propia vida. El autocuidado aparece no solamente como importante para la conservación de la salud, pero como medida de salud.

Describen el conjunto de acciones de autocuidado como un modo de vida 'saludable': no usar drogas, alimentación saludable, practicar ejercicios físicos, ir al médico, tener higiene, entre otros. Sin embargo, el discurso del estilo de vida saludable como modelo de autocuidado lleva en su esencia una práctica individualista de promoción de la salud, a pesar de su relación positiva con la vida, ya que dentro de él, se encuentra un conjunto de reglas rígidas, prescritas por el especialista, que no considera el contexto de vida y la subjetividad de los usuarios⁽²⁵⁾. Esa descontextualización es percibida por la usuaria en esta declaración: *estoy siempre cuidándome y tratando de las enfermedades... Ah me alimento bien... a pesar de que yo no como muy bien ¿No es verdad? (risas) (Azalea, 24 años).*

En cuanto la salud como capacidad para el autocuidado y el cuidado del prójimo produce, en las usuarias, sentimientos de placer y felicidad, la *enfermedad significa la incapacidad o déficit de autocuidado*, provocando tristeza, muerte, estrés, incapacidad, sufrimiento y luto anticipado: *anda triste por los rincones (con enfermedad), cabizbajo, queda allí solo viviendo la alegría de los otros, esperando el día que llegue a su hora (Margarita, 29 años). Ah es muy malo (estar enfermo)... porque nosotros sabemos que vamos a morir, que estamos con poco tiempo de vida... (Violeta, 23 años).*

Considerando la incapacidad para el autocuidado durante la enfermedad, la pérdida del dominio de la propia salud, todo el sufrimiento y fragilidades provocadas, las usuarias delegan el dominio del cuidado de su cuerpo al servicio de salud con la esperanza de

recuperar la capacidad de autocuidado. Así, el *significado de la atención prestada por la ESF es la recuperación de la salud*: *¿Cómo es que nosotras vamos a vivir sin salud? Vamos a vivir siempre yendo para los médicos, con la esperanza de un día quedar bien* (Violeta, 23 años). *Para mí, vivir la salud es...frecuentar el médico... ir al médico* (Magnolia, 28 años).

Ellas buscan el servicio cuando están enfermas, o sea, cuando se sienten fragilizadas e incapaces de realizar el autocuidado. En esta ocasión, se destituyen de su responsabilidad y colocan la expectativa de recobrar su salud en el servicio, en este caso, en la ESF. Sin embargo, se sienten insatisfechas con la atención prestada por el servicio, por no atender a sus expectativas. Algunas usuarias relatan recibir una atención hostil por parte de algunos funcionarios, que no consideran las fragilidades y dificultades que ellas encuentran para acceder al servicio (enfermedad, hambre, faltar al trabajo, filas), priorizando grupos poblacionales específicos, como ancianos, hipertensos, diabéticos, niños y embarazadas.

La atención es hecha con consultas programadas diariamente, con base en un cronograma rígido y no maleable, llegando a excluir la posibilidad de atender a los grupos poblacionales prioritarios, dependiendo del día de la semana. Se trata del clásico modelo de atención en repartición pública, asimétrico y vertical, en donde la humanización se torna prácticamente imposible, ya que reitera la lógica tecno-burocrática, sin considerar los aspectos relacionales del encuentro, o sea, dificulta la formación de espacios dialógicos. La configuración de la atención en la ESF no avanza en el rompimiento de este cuadro, ya que está diseñada bajo un conjunto de directrices, atribuciones y protocolos de productividad que restringen el poder de autoadministración de los trabajadores, contribuyendo para la rigidez en la oferta de servicios⁽¹⁹⁾. Esta situación repercute en una evaluación crítica negativa por parte de las usuarias: *malo es que la mayoría de las personas no son bien atendidas cuando llegan, vienen de su casa sin comer, falta el trabajo... Solo está faltando aquí más gente... ¡Pero no esas ignorantes!* (Margarita, 29 años). *Porque mi hermana es grande y ella precisa de una dentista y ella no puede venir al dentista, porque solo pueden venir embarazadas, ancianos o niños* (Azalea, 24 años). *No sirve un puesto próximo de mi casa, que no haga las cosas que... nosotros precisamos, en un caso de una enfermedad* (Margarita, 29 años).

Entretanto, el agente comunitario de salud y las acciones educativas, en la voz de las usuarias, se muestran como el contrapunto positivo del servicio de la ESF. El agente comunitario de salud es valorizado por el vínculo que establece con el usuario, por medio de la visita domiciliar, auxiliando en la determinación de

consultas y exámenes, o sea, posibilitando el acceso. Ya las acciones educativas son valorizadas por su carácter informativo y transformador, ayudando a las usuarias en el autocuidado y en el cuidado familiar: *porque existe el agente de salud que va a su casa, lo que nosotros pedimos a la médica, ella lleva el examen, puede ser que demore, a veces demora, pero a veces no demora, yo lo encuentro normal. Me gusta.* (Violeta, 23 años). *Era bueno tener ese (grupo de educación) después que nosotros tuviésemos al bebé también ¿No es verdad?* (Magnolia, 28 años). *Porque después cuando nosotros tenemos al bebé, ellos no llaman más, ellos convidan más a las embarazadas y después que nosotros tenemos uno queremos aprender más ¿No es verdad?* (Dalia, 26 años).

Así, el grupo de mujeres manifestó capacidad crítica para evaluar la adecuación y resolutivez de los servicios, apuntando fragilidades y potencialidades de la ESF en la producción de lazos afectivos, en la promoción del autocuidado y en la recuperación de la salud.

Consideraciones finales

Este trabajo permitió identificar diferentes significados para el proceso salud-enfermedad y para los servicios de salud ofrecidos por una USF de Maceió, en dos grupos distintos de usuarios, que conviven en el mismo territorio. Fue observado en los dos grupos que, dentro de cada uno de ellos, la forma como el usuario da significado a la salud y a la enfermedad puede estar relacionada con el significado del servicio de salud producido por los mismos. Además, se cuestiona ¿Hasta qué punto el servicio de salud determina la forma como el usuario significa su forma de pensar la salud y la enfermedad y sus necesidades de salud? A pesar de existir varias iniciativas macropolíticas en el SUS para un modelo guiado por la promoción de la salud, a través de las declaraciones de los usuarios, se percibe que el modelo biomédico todavía es hegemónico en la forma de la organización micropolítica del servicio, lo que revela la necesidad de realizar estudios más profundos que permitan entender e intervenir en ese espacio, en el sentido de revertir ese modelo. Se apunta para la necesidad de fortalecer los espacios dialógicos ya existentes y fomentar la creación de otros nuevos, en donde usuarios y trabajadores de la ESF puedan expresar sus percepciones, sentimientos y deseos relativos a las prácticas de salud, considerando la vivencia subjetiva de su proceso salud-enfermedad en las acciones de salud, revelando la autonomía del usuario para el autocuidado en la promoción de la salud. Entendemos que la valorización de las subjetividades de los usuarios

por parte de los profesionales de la salud con acciones de educación en salud y articulación de apoyo intersectorial para la población, contribuye para la reversión del modelo de atención en esta realidad al potencializar la producción de prácticas de salud comprometidas con la promoción de la salud, integrales y participativas.

Referencias

- Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2071-85.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-305.
- Costa BVL, Mendonça RD, Santos LC, Peixoto SV, Alves M, Lopes ACS. Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(1):95-102.
- Bydlowski CR, Lefevre AMC, Pereira IMTB. Promoção da saúde e a formação cidadã: a percepção do professor sobre cidadania. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(3):1771-80.
- Moraes PA, Bertolozzi MR, Hino P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):19-25.
- Gomes KO, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):881-892.
- Barbieri A, Fonseca LM, Ceron MI, Fedosse E. Análise da atenção pré-natal na percepção de puérperas. *Distúrbios Comun*. 2012;24(1):29-39.
- Camargo AM, Silva APBV, Wolff LDG, Soares VMN, Gonçalves CGO. Abordagens grupais em saúde coletiva: a visão de usuários e de profissionais de enfermagem. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2012;10(31):1-9.
- Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Indicadores e Dados Básicos. 2011. [acesso 13 out 2013]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2011/matriz.htm>
- Chiesa AM, Ciampone MHT. Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. In: Criança CM, Antunes MJM, organizadoras. *Classificação Internacional das Práticas em Saúde Coletiva*: CIPESC/Brasília: ABEn; 1999. p. 306-24.
- Orlandi EP. Análise de Discurso: princípios e procedimentos. 8ª ed. Campinas: Pontes; 2009. 100 p.
- Ministério da Saúde (BR). Política nacional de promoção da saúde. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 60 p.
- Alves LS, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5/6):333-41.
- Vicini G. Abraço afetuoso em corpo sofrido: saúde integral para idosos. São Paulo: Editora Senac São Paulo; 2006. 192 p.
- Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 176 p.
- Berlinguer G. A doença. São Paulo: Editora Hucitec; 1988. 150 p.
- Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl. 3):3615-24.
- Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(2):355-65.
- Oliveira LA, Landroni MAS, Silva EK, Ayres JCM. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):689-98.
- Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 72 p.
- Bub MBC, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss PE, Santos EKA. A Noção de Cuidado de Si Mesmo e o Conceito de Autocuidado na Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(Esp):152-7.
- Oliveira DLLC. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? *Rev Bras Enferm*. 2011;64(1):185-8.
- Santana AM. Mulher mantenedora/homem chefe de família: Uma questão de gênero e poder. *Rev Forum Identidades*. [Internet]; 2010 [acesso 12 out 2013];4(8). Disponível em: <http://seer.ufs.br/index.php/forumidentidades/article/view/1781>
- Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):687-707.
- Bagrichevsky M, Castiel LD, Vasconcellos-Silva PR, Estevão A. Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(suppl 1):1699-708.

Recibido: 09.02.2014

Aceptado: 04.09.2014