

SOBRE A (NÃO) ADESÃO AO TRATAMENTO: AMPLIANDO SENTIDOS DO AUTOCUIDADO

CONCERNING (NON) ADHERENCE TO TREATMENT: AMPLIFYING SELF-CARE MEANINGS

SOBRE LA (NO) ADOPCIÓN DEL TRATAMIENTO: AMPLIANDO LOS SENTIDOS DEL AUTO-CUIDADO

Celiane Camargo-Borges¹, Marisa Japur²

¹ Psicóloga. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Diretora do Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o Sistema Único de Saúde do Departamento Regional de Saúde de Araraquara. São Paulo, Brasil.

² Psicóloga. Mediadora e Consultora do Conversações Familiares, Ribeirão Preto. Docente aposentada do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto. São Paulo, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Autocuidado. Processos grupais. Atenção primária à saúde.

RESUMO: Novos discursos no contexto do Sistema Único de Saúde têm demandado um olhar crítico sobre o autocuidado. Este é um estudo de caráter qualitativo baseado teórico-metodologicamente no construcionismo social. O objetivo foi descrever sentidos de autocuidado produzidos em grupos comunitários num contexto da Estratégia de Saúde da Família. A coleta de dados se deu durante o ano de 2001, totalizando 28 participantes na faixa etária de 50 anos, aproximadamente. As conversas foram gravadas, transcritas e analisadas dando visibilidade às versões de autocuidado. A análise dos dados, utilizando o referencial do construcionismo social, permitiu ampliar os sentidos de autocuidado em referência à adesão ao tratamento, favorecendo uma reflexão sobre sua complexidade e as necessidades mais amplas que vão além da adesão a um medicamento prescrito. Diálogo e foco na relação são apresentados como recursos transformativos das práticas de cuidado e autocuidado, possibilitando a construção de ações numa perspectiva mais integral e co-responsável.

KEYWORDS: Self care. Group processes. Primary health care.

ABSTRACT: New discourses about healthcare in the context of the Unified Healthcare System have demanded a more critical view of self-care. This is a qualitative study with its theoretical background based on social constructionism theory. The objective was to describe meanings of self-care constructed in community groups which are part of the Family Healthcare Program in Brazil. The data collection occurred during 2001, totaling 28 participants with an average age of 50 years old. The conversations were recorded, transcribed, and analyzed, giving visibility to their versions of self-care. The analysis, based on social construction, amplified these meanings of self-care, enhancing reflection about their complexity and broadening necessities, which go beyond simple adherence to a prescribed medication. Dialogue and the focus on relationships are presented as transformative resources for the practices of care and self-care, making possible the construction of actions in a perspective of integrality and co-responsibility.

PALABRAS CLAVE: Autocuidado. Procesos de grupo. Atención primaria de salud.

RESUMEN: Los nuevos discursos en el contexto del Sistema Unificado de Salud han exigido una mirada más crítica sobre el auto-cuidado. Este es un estudio de carácter cualitativo, basado teórica y metodológicamente en el construcionismo social. Su objetivo es describir los sentidos del auto-cuidado producidos en grupos comunitarios en el contexto de la Estrategia de la Salud de la Familia. Los datos fueron recolectados durante el año 2001, totalizando 28 participantes con 50 años de edad, aproximadamente. Las conversaciones fueron grabadas, transcritas y analizadas dando visibilidad a las versiones del auto-cuidado. El análisis, basado en una perspectiva construcionista, permitió ampliar los sentidos del auto-cuidado, favoreciendo una reflexión sobre su complejidad, señalando necesidades más amplias, diferentes de la adopción de un medicamento prescrito. Diálogo y foco en la relación son presentados como recursos transformadores de las prácticas de cuidado y auto-cuidado, los cuales posibilitan la construcción de acciones dentro de una perspectiva más integral y co-responsable.

Celiane Camargo-Borges
Endereço: R. Abrão Caixe, 786, Ap. 21
14.020-630 - Jardim Irajá, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
Email: celianeborges@gmail.com

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 18 de maio de 2007
Aprovação final: 11 de janeiro de 2008

INTRODUÇÃO

A Saúde Pública Brasileira contemporânea vem se conformando no esforço de construir um Sistema Único de Saúde (SUS) atendendo aos seus princípios e diretrizes estabelecidos e garantidos pela Constituição de 1988 e posteriormente regulamentados em lei.¹

Em quase 20 anos de SUS, um impacto visível se deu na ampliação do acesso a serviços de saúde em todo o País. Segundo dados da Organização Pan-americana de Saúde,² mesmo com todas as dificuldades ainda presentes principalmente nas áreas rurais, há uma cobertura quase que completa da atenção básica em todo o País. A disponibilidade de serviços de saúde e de profissionais tem crescido, as hospitalizações têm diminuído, o acesso a medicamentos tem sido facilitado e os sistemas em saúde têm sido informatizados, permitindo maior eficácia epidemiológica e também na organização dos serviços. Dentre as dificuldades, destaca-se principalmente a exclusão social, a falta de equipamentos tecnológicos e alguns serviços especializados que não são disponíveis.

Porém, uma questão ainda muito pouco discutida e avaliada são as pessoas que compõem este sistema, cujas (inter)ações constroem (ou não) todos estes princípios e diretrizes do SUS influenciando ativamente no processo saúde-doença-cuidado. Trabalhadores de saúde e usuários são pouco mencionados nesses dados. Mesmo que contemporaneamente esteja se buscando um entendimento ampliado da atenção à saúde – englobando, além das questões biológicas, a qualidade de vida, as questões sociais, históricas, econômicas e ambientais – sua lógica tem sido difícil mudar. As discussões que se pretendem ampliadas, tratam destas questões ainda dentro de um saber tradicional, trazendo eminentemente pontos técnicos a serem desenvolvidos, dentro de uma interação hierarquizada e numa perspectiva de alguém que tem o conhecimento (profissional da saúde) informando quem não o tem (comunidade).

Com o processo de reestruturação dos modelos assistenciais, valorizando e apostando na lógica da Atenção Primária à Saúde principalmente, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), as práticas tradicionais não têm se sustentado e passa a ser central o debate sobre a necessidade de revisão destas.³

A forma de organização do trabalho que a ESF requer – privilegiando o trabalho em equipe, a integralidade, o vínculo com a comunidade, a abordagem familiar, a co-responsabilidade e a

participação – vai evidenciando o esgotamento dos modelos de atenção tradicionalmente disponíveis e criando necessidades urgentes de mudanças quanto à organização do serviço e das práticas nele desenvolvidas.

A fragilidade deste processo de mudança é evidente, indicando uma “[...] inconsistência teórico-conceitual presente em nosso cenário [...]”,^{3:118} que não permite a sustentação destas mudanças.

A transformação necessária ao processo de trabalho trazida pelo investimento na Atenção Primária à Saúde configura-se como um marco que transpõe a discussão dos recursos humanos na saúde para o primeiro plano. Com isso uma maior visibilidade passa a ser dada para questões como o cuidado e a interação entre os atores sociais envolvidos neste processo.³

No entanto, para a construção dessas novas práticas propostas no Sistema de Saúde em geral, é fundamental uma desconstrução teórica desses sentidos marcados pelo tecnicismo capitalista. Nesta perspectiva o cuidado pode ser visto como uma “potencialidade reconciliadora”, um eixo restaurador de valorização dessas práticas. No entanto, nesta perspectiva capitalista, o cuidado em saúde é tomado como um conjunto de procedimentos técnicos que devem ser utilizados para o bom tratamento de um paciente. Procedimentos estes que falam muito de tecnologia e pouco de arte, não considerando um espectro muito maior da vida, além da simples abordagem biomédica costumeiramente abordada numa ação em saúde.⁴

O cuidado é um conceito longinquamente tratado e que foi reapropriado no capitalismo como importante categoria. Entretanto, esta apropriação se deu, dentro deste contexto capitalista tomando-o como intervenção normativa e reguladora dos corpos adoecidos para que voltassem a produzir na sociedade, ou seja, entendido sob uma moralidade higiênica.⁴

Portanto, é necessário um resgate filosófico e uma problematização do conceito para que haja um giro paradigmático que liberte o cuidado dos saberes e fazeres que compõem a visão capitalista contemporânea da saúde. Assim sendo, gera-se potencialmente uma possibilidade de reconstrução da atenção à saúde articulando o cuidado às práticas assistenciais à vida.⁴

A prática e o cuidado à saúde podem e devem ser uma atividade fim e primordial. Desta forma envolve uma variedade de aspectos a se considerar: o aspecto da arte que trata da criatividade e da estética na saúde, o aspecto ético que

envolve respeito e compreensão entre os atores sociais envolvidos e o aspecto da ciência que trata do conhecimento e da pesquisa necessários às intervenções em saúde.⁵

Nesta perspectiva, cuidado significa a busca de assimilação criativa de tudo que possa ocorrer na vida, compromissos e trabalhos, encontros significativos e crises existenciais, sucessos e fracassos, saúde e sofrimentos, que são processos permanentes de aprendizado e necessitam de espaços de reflexão e atenção.⁵

Como visto, vários autores têm problematizado a questão do cuidado na perspectiva da saúde ampliada. Um aspecto do cuidado que também se reconfigura e ganha destaque nesse novo contexto é o autocuidado. Ao trazer o foco para o usuário deste sistema, empoderando-o dentro do processo transformativo da atenção em saúde, agora a responsabilidade do paciente de saber de si e de seu tratamento passa a ser considerada fundamental.

Com a ampliação do acesso aos serviços de saúde e aos trabalhadores de saúde, a culpabilização pelos fracassos nos cuidados em saúde pode mudar de lado. O que antes era culpa do sistema, pela falta de profissionais e de serviços disponíveis, passa a ser culpa do usuário se, ao ter acesso, não assume o autocuidado seguindo o tratamento indicado.

No entanto, também há de se problematizar o autocuidado na mesma perspectiva do cuidado. Há que se levar em conta a complexidade da realidade local e do cotidiano popular que faz das práticas de autocuidado algo mais complexo do que a simples adesão a um tratamento prescrito.

OBJETIVO

A proposta deste estudo é problematizar a questão do autocuidado, complexificando seu entendimento dentro do sistema de saúde e debruçando um olhar mais crítico sobre a tarefa de cuidar de si mesmo. Assim, seu objetivo é descrever sentidos de autocuidado produzidos em conversações grupais com grupos comunitários, realizados num contexto da ESF, explicitando as múltiplas versões que aí se produziram.

MÉTODO

Este estudo foi de caráter qualitativo e teve como base teórico-metodológica o construcionismo social, no contexto histórico da necessidade de outros pressupostos e premissas que sustentem a

importância da construção de sentidos e a sua valorização na produção do cotidiano social.⁶ Nesta perspectiva, a linguagem tem um caráter fundamental, tomada como prática social – linguagem em uso, sendo analisada tanto em seu aspecto performático como em seu espaço e contexto de uso.

Esta concepção convida a outras maneiras de conversar sobre um mesmo assunto, gerando posições alternativas frente a um problema, o que, através de outras performances, possibilita a criação de outros sentidos, de outras realidades sociais.⁷

Se a linguagem é ação no mundo, a mudança narrativa é uma mudança que ocorre não somente nas palavras, mas também nas ações. Nessa perspectiva, à medida que se conversa, novos sentidos e significados podem ser gerados e, portanto, juntas, as pessoas têm a possibilidade de criar novas formas de se relacionar e de estar no mundo, re-significando antigos discursos e criando novos. Assim, esta perspectiva combate uma visão naturalizada das coisas, enfatizando a construção de sentido nas interações. O cuidado em saúde, portanto, é considerado uma prática social, e este estudo tem o esforço de dar visibilidade a isto, problematizando a questão do autocuidado.

O processo conversacional tomado como foco neste trabalho, foi objeto de uma pesquisa de mestrado que teve como objetivo gerar uma discussão em grupo com uma comunidade acerca de sentidos sobre o processo saúde/doença.⁸ Os grupos foram coordenados pela primeira autora que inseriu ativamente três temas na conversação: o que é estar com saúde, o que é estar doente, o que é cuidar da saúde. Eles foram realizados em uma comunidade alvo da ESF que tem uma área de abrangência de 1300 famílias de um bairro de classe média baixa, de uma cidade de grande porte no interior do estado de São Paulo.

Foram realizados cinco grupos comunitários, cada um deles reunindo moradores de uma mesma rua, em cinco ruas diferentes, escolhidas por critério geográfico dentro da área de abrangência do serviço. Eles foram de sessão única, com duração de cerca de uma hora e quinze minutos, com cinco a nove participantes cada um, totalizando 28 participantes na pesquisa. Apesar do convite para participação ter sido dirigido às famílias durante visita da pesquisadora às casas, os grupos foram compostos apenas por mulheres (idade média de 50 anos) e bastante heterogêneos com relação às características sócio-demográficas (casadas, separadas e solteiras; desde analfabetas até universitárias; com atividades domésticas e/

ou autônomas pouco qualificadas e com vínculos empregatícios de longa duração).

Assim, a composição dos grupos foi baseada na disponibilidade das participantes, considerando o critério geográfico e o convite familiar, após Consentimento Livre e Informado,⁹ conforme aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Nº 04/05).

O procedimento de coleta de dados consistiu do registro áudio-gravado e da transcrição, na íntegra, das conversas grupais e das anotações de campo realizadas ao longo de um ano de contato com este serviço. A fase de pré-análise consistiu de leituras sucessivas das transcrições e das anotações, o que permitiu a elaboração de uma narrativa sobre cada grupo contendo uma descrição geral sobre o contexto, os principais temas discutidos, o padrão de interação grupal, a tonalidade afetiva, bem como o manejo da coordenadora-pesquisadora. A análise propriamente dita, baseada no referencial do construcionismo social,⁶ gerou a construção de eixos temáticos, sendo um deles relativo ao autocuidado, no contexto das conversas tanto sobre a promoção como sobre a recuperação da saúde. Os nomes utilizados para identificar as conversações grupais são fictícios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os três recortes aqui apresentados foram extraídos de momentos conversacionais do grupo em que alguma enfermidade era tema da conversa. Os diálogos foram, então, se desenvolvendo pela discussão do modo como as participantes lidavam com suas necessidades de saúde.

Neste primeiro recorte, a discussão no grupo iniciou com o relato de uma participante sobre uma situação em que uma conduta médica foi tomada sem que, na visão dela, tivesse havido um exame acurado sobre a queixa. As participantes conversam sobre as atitudes que tomam quanto aos remédios prescritos, diante de situações como esta.

[...] *Não compro, não compro!!!* [fala brava]. *Volto no outro médico* [se referindo a remédios que o médico receita sem examinar direito] (Vivi, Grupo 3).

[...] *Eles te olham, você fala o que você tem e eles te dá. Eu já até sei o que eu vou tomar. Voltarem! Esse Voltarem já tomou conta da minha vida. Eu falo: – Não é possível! Eu vou lá no Posto...* (Sirlei, Grupo 3).

Você pensa que eu tomei o remédio que a médica me deu? No Posto? Tá fechadinho, em casa guardado.

Quer dizer, eu não vou tomar esse remédio. Que ela não marcou a receita direito, não examinou nem nada. Como é que eu vou tomar esse remédio? Eu não posso tomar esse remédio! E eu não vou tomar [Tom de braveza] [...] (Lucélia, Grupo 3).

Vivi relata que, nessas ocasiões, não compra os remédios indicados e ainda troca de médico. Sirlei por sua vez, se mostra desgastada com a situação que vivencia no Posto, em que toda consulta termina com o mesmo remédio sendo prescrito. Já Lucélia, revela não poder tomar os remédios recomendados pela médica já que acha que não foi devidamente examinada, nem houve clareza na receita indicada.

Nesta conversa, as participantes expressam que muitas vezes arriscam não tomar o remédio ou não seguir uma conduta médica numa enfermidade. Porém, ao continuarem a conversa, justificam tal comportamento não como falta de autocuidado ou de responsabilidade mas, ao contrário, como tentativa de se proteger diante do que elas entendem como falta de cuidado do profissional de saúde com elas. Nestes casos elas têm como saída, para se preservarem, não aderir ao tratamento.

No segundo recorte, quando o assunto em pauta é o Posto de Saúde, as participantes criticam a forma de atendimento oferecida, o descaso com a enfermidade dos filhos e o mau acompanhamento dos casos. Com isso, justificam que não aparecem nos retornos para não terem que passar novamente pela situação de desconsideração, dizendo ser perda de tempo.

[...] *É perda de tempo. É perda de tempo* (Cira, Grupo 4).

Porque você vai lá é a mesma coisa de sempre. “Ah, tem que esperar três quatro dias porque a febre é normal. E eu vou lá já sei o que vão me falar. É isso que eles falam. – Daqui a quatro ou cinco dias você me traz ele se a febre não passar, porque pode ser uma virose. Aí você leva num médico particular, a garganta está com [incompreensível], os ouvidos infeccionados, então é isso (Soraia, Grupo 4).

[...] *Sabe o que eles fazem? Eles falam que tem que deixar... uns dias pra evoluir...* (Cira, Grupo 4).

É. Ah, dá licença [...] (Soraia, Grupo 4).

Soraia se revolta com o que acredita ser um descaso médico, podendo resultar inclusive em sérios riscos para a saúde de sua criança. As participantes dizem que só vão ao Posto de Saúde em questões de emergência. Elas não dão seqüência ao tratamento indicado por não sentirem confiança quanto às orientações dadas.

No terceiro e último recorte apresentado, Nice conta uma situação pela qual passou no Posto em que se sentiu menosprezada e desrespeitada.

[...] – *Ah, não dá pra medir pressão num braço desse tamanho [profissional de saúde dizendo não ter aparelho de medir pressão que servisse em seu braço]. Quer dizer, agora, numa comunidade como a nossa, tem um monte de gente obesa, quer dizer, é o mínimo que o Posto deveria se preocupar era ter alguma coisa na medida, né? [...] Aí ele falou: – O seu problema é pressão alta. E, me deu Voltarem. Quer dizer, Voltarem não é pra pressão alta. Então qual foi minha atitude. Eu arranquei a agulhinha. Então... e não tomei o Voltarem nenhum. Então, se minha pressão estava alta, ele me desafiando dessa forma, como médico ele sabe que minha pressão vai subir, né? Porque eu não tive a acolhida necessária pra uma pessoa que está numa crise, né? Então esse tipo de sensibilidade também, eu acho que devia ser despertado no profissional de medicina [...]* (Nice, Grupo 5).

A tensão pela qual Nice passou no Posto de Saúde sentindo-se ofendida pelo profissional, pode, segundo ela, piorar sua situação de saúde. Sua atitude perante o que considerou desrespeito foi não tomar a medicação prescrita. Acredita ainda que o acolhimento e a sensibilidade são fatores fundamentais para o trabalho em saúde dar certo e que deveria haver um maior investimento nos “profissionais da medicina” para essas questões.

Estes recortes explicitam momentos das conversas grupais em que as participantes falavam preocupadas sobre o que consideram uma falta de cuidado por parte dos profissionais de saúde – uma não escuta médica, que elas entendem que gera exames mal realizados e conseqüentemente uma prescrição mal feita. Encontram como solução possível neste momento, como forma de se protegerem, como forma de autocuidado e cuidado com sua família não aderir às prescrições do profissional.

Ampliando os sentidos de autocuidado

As conversas grupais apresentadas desmistificam a idéia, muito difundida, de uma população assistida pelo SUS como sendo eminentemente ignorante ou resistente às prescrições e ao tratamento em saúde. Essa população “SUS-dependente”, como tem sido chamada, que não assume o autocuidado – por não seguirem as “ordens médicas” – é identificada, muitas vezes, como necessitando de mais programas de educação em saúde.

A aproximação a essa população, através dessas conversas grupais com a comunidade, a escuta às suas histórias de vida, permitiu dar voz a este

ator social muito pouco ouvido. E nesta aproximação e conversa uma outra versão de autocuidado foi produzida. As mulheres demonstraram uma grande preocupação com a saúde e, justamente por esse motivo, decidiram não aderir a um tratamento prescrito ou tomar um remédio que fosse orientado por um profissional que não as ouviu da forma que acreditavam ser imprescindível para uma correta compreensão de suas queixas.

O ambiente da consulta, de acordo com as participantes, não parece contemplar um espaço propício ao diálogo e à escuta, limitando-se a um monólogo. A paciente, ao entrar no consultório, tem a restrita função de dizer seus sintomas para o médico dar, em seguida, o veredicto final.

As conversas das mulheres nos grupos possibilitam ampliar um sentido bastante prevalente, o da irresponsabilidade, segundo o qual os pacientes que não cumprem com o tratamento indicado são considerados irresponsáveis com sua saúde. No entanto, as dificuldades mencionadas pelas participantes dos grupos não estavam referidas a serem responsáveis ou não ao ato de se cuidar, mas sim ao sentimento de insegurança por não se sentirem compreendidas em suas queixas. Nesta ampliação de sentidos, somos convidados a pensar a questão do autocuidado em um contexto mais complexo, da relação entre sistema de saúde, profissionais e pacientes envolvidos, deixando assim de ser um problema de (falta de) responsabilidade individual, apenas da parte dos pacientes, como vem sendo mais freqüentemente descrito.

É interessante refletir que, apesar das participantes relatarem que não concordavam com a conduta médica, elas permaneceram em silêncio, sem questionarem a conduta perante o profissional. A problematização e a dúvida se dão entre elas, em suas casas, com a família; mas não com o médico, que por sua vez, acredita que foi bem compreendido/aceito em sua conduta e prescrição. Ele não pode entender a não adesão ao tratamento indicado, senão como irresponsabilidade do paciente. Pelo silenciamento, o profissional é levado a crer que o problema está no descuido por parte da paciente, faltando a ele assumir seu autocuidado.

Mas Nice reage diante do profissional não se deixando medicar. Uma possível compreensão desta reação diferenciada é pensar que ela é uma usuária com formação universitária, na área da saúde. Desta forma, a relação que estabelece com o profissional de saúde acaba sendo menos vertical, inclusive por ela possuir conhecimento acerca da medicação prescrita.

Assim, vemos a questão da não-adesão se deslocar de algo que o paciente faz sozinho e, portanto é responsável por isto, para algo que o paciente faz em sua relação com o momento interativo do encontro trabalhadores de saúde e usuários. De acordo com este entendimento, podemos então considerar a possibilidade da construção de intervenções com uma qualidade interativa que possa favorecer práticas de autocuidado.

O diálogo e o cuidado com a relação: recursos transformativos das práticas de autocuidado

Dentro do processo de reestruturação das práticas de saúde e da ampliação do entendimento do processo saúde-doença, o autocuidado requer mais do que simplesmente a apreensão do conhecimento técnico, legal e normativo. Esta compreensão da dimensão do autocuidado aborda questões mais complexas e necessita uma construção de competências por parte dos profissionais.³

Este entendimento sugere que, na questão do cuidado, não basta os profissionais, detentores da informação, oferecê-la ao paciente e sua adesão à saúde ocorrerá (ou não) na dependência do compromisso deste com sua saúde. Nossa análise sugere que a promoção do cuidado em saúde é da ordem do relacional.

A Enfermagem é uma disciplina que tem dado especial atenção às questões do cuidado articulado às (inter) relações na saúde. Por adotar um modelo mais humanístico, a enfermagem já vem fazendo esta reflexão na busca de uma abordagem mais humanista e menos tecnicista do processo de cuidar. O autocuidado do próprio profissional de saúde tem sido tomado como um fator fundamental na construção dessas competências. O cuidar de si como condição para o cuidar do outro, conforma uma prática mais integralizadora e de co-participação entre profissionais de saúde e pacientes ao processo do cuidar.¹⁰

Outro aspecto importante a ser considerado como possibilidade de pensar o cuidado na sua dimensão relacional é a questão do acesso ao sistema de saúde, compreendido em uma configuração mais contemporânea. Tomando a saúde como um bem público, o acesso tem seu entendimento ampliado, configurando-se como direito de cidadania. Assim, o conceito de acesso se refere não somente às estruturas físicas de atendimento ao usuário, mas também acesso a esse bem público.¹¹

No entanto, o acesso a partir desta abordagem é bastante complexo de se fazer implementar,

já que vivemos em um cenário mercadológico da saúde que acaba por torná-lo seletivo e excludente, sendo somente uma privilegiada camada populacional contemplada, comprometendo assim os princípios do SUS e a qualidade da atenção prestada.¹¹ Para que uma efetiva mudança ocorra neste cenário é necessário que novas práticas de atenção e gestão à saúde sejam redimensionadas, numa lógica mais democrática e participativa.¹¹

O acesso ao profissional de saúde também é questão fundamental, especialmente ao médico no momento da consulta, para que se tenha espaço de escuta e diálogo das queixas, dúvidas e angústias e haja possibilidade de negociação de qual tratamento é o mais proveitoso para o paciente, considerando não somente sua situação orgânica, mas também o seu contexto cotidiano. Assim, o diálogo se configura como recurso de acesso importante nesse panorama.

Outra dimensão possível nesta configuração é o acesso como possibilidade de acolhimento. Acolhimento e acesso podem ser vistos como parte do mesmo processo, condizentes com um modelo de assistência que enfatiza o cuidado como algo da ordem da pessoalidade e da relação, valorizando mais as necessidades humanas do que as normatizações e burocracias de um serviço.¹²

Traduz-se, assim, pela qualidade do processo relacional entre o trabalhador de saúde e o usuário, um processo que possibilite a construção do vínculo em direção à co-responsabilização pelos cuidados em saúde. O usuário, ao ser recebido por um trabalhador no serviço e ter suas demandas acolhidas, podendo daí desencadear diversas formas de resolução do problema apresentado, está sendo contemplado no acesso, recebendo uma assistência mais humanizada.

O acolhimento, nesta perspectiva, passa a ser um recurso privilegiado de acesso à saúde, a possibilidade de uma nova prática que perpassa todo o processo de assistência, desde a recepção do usuário, seu atendimento clínico – individual ou coletivo – até sua alta ou encaminhamento para outros níveis de atenção. Cada momento deste trajeto, no entanto, ocorre permeado de sinuosidades tensionais, fruto do jogo de interesses dos atores envolvidos, que negociam suas demandas, necessidades e ofertas.¹³

Nesta lógica do acolhimento, o encontro trabalhador de saúde e usuário deve ser de diálogo permanente, para que os pontos de tensões possam se tornar férteis resultando num processo de tomada de decisões coletivas, favorecendo assim o cuidado e o autocuidado.¹³

O acesso à saúde e seus desdobramentos, como visto, caracteriza-se por um conjunto de fatores de variadas dimensões envolvendo aspectos mais ampliados do que exclusivamente serviços de saúde ou seus recursos tecnológicos.¹⁴

Pensar a não-adesão como uma forma de autocuidado, e não como falta de compromisso com a saúde, possibilita reconhecer o usuário como um aliado na luta pela promoção da saúde nas comunidades. Por outro lado, implica também repensar a forma como essas pessoas têm sido abordadas em suas necessidades de saúde, situações que requerem o entendimento mútuo do que é importante e necessário num tratamento e nos cuidados à saúde, para que possa haver a possibilidade de co-responsabilização pelos cuidados.

A lógica engessada e autoritária de atenção à saúde contribui para que o usuário seja um mero depositário dos problemas que somente serão reconhecidos dentro do que é legitimado no modelo médico. A intervenção na saúde, da forma estruturada e previsível como está organizada, não dá espaço para a relação trabalhador de saúde-usuário acabando por conservar nas mãos dos profissionais a definição do que se enquadra como problema de saúde e o que não deve ser considerado como tal.¹⁵

“Este quadro tem estado presente cotidianamente na vida das instituições de saúde, no Brasil, e tem se expressado não só na total insegurança da clientela no tipo de atendimento do qual muitas vezes está sendo vítima, mas também na profunda crise de realização humana e profissional do conjunto dos trabalhadores do setor saúde”.^{15:123} Nesta citação, percebemos que a situação é mais complexa e não se limita a falar de um profissional algoz versus um usuário vítima da situação. A forma com que as práticas em saúde foram se constituindo e, conseqüentemente, sendo legitimadas acabou por enrijecer a relação de cuidado na saúde trazendo insatisfações de todos os lados.

A relação engessada pelas hierarquias não contribui para a transformação do paradigma da saúde. Para que o encontro profissional de saúde e paciente possibilite a compreensão do para quê serve uma conduta específica do médico é importante ter em conta a posição que o paciente assume frente a ela.

Assim, incorporar a conversa como recurso de cuidado em saúde passa por uma crítica à forma tradicional de conversar nessa relação – um profissional detentor de saber falando para um usuário

desprovido de saber, com o intuito de educá-lo para um melhor comportamento em saúde. Com isso não se está negando o discurso científico dos profissionais de saúde do que vem a ser considerado saúde e doença. O que está se enfatizando é a necessidade da interlocução, para que haja viabilidade na proposta de um novo paradigma em Saúde Pública, em que ações conjuntas entre profissionais e população rompam com a tradicional hierarquia rígida nas relações de saber/ poder, legitimando assim, outras descrições de vivências de saúde/doença.

Dentro da perspectiva construcionista social, que embasou este estudo, a atenção em saúde é vista como uma prática social inserida em um contexto histórico e cultural, e cujos sentidos são permanentemente (re)construídos nessas interações entre profissionais e comunidade, imersos em universos de significação mais amplos já disponíveis, como por exemplo, o das políticas gerais de saúde.

Para o construcionismo social, práticas de autocuidado são entendidas como construções conversacionais produzidas nas relações entre as pessoas. Nesta perspectiva, estas práticas podem se apresentar das mais diversas maneiras, só podendo, no entanto serem reconhecidas e significadas como tal, dentro das relações.

A interação, assim compreendida, é uma ferramenta potencial para contextualização das ações, possibilitando a compreensão das necessidades e demandas locais e a co-construção de alternativas viáveis para solucioná-las. Alternativas que possam ser acordadas e que construam um processo de trabalho em saúde comum entre usuários e profissionais.

Essas reflexões aqui produzidas não têm o intuito de negar os avanços que têm ocorrido desde a reforma sanitária e principalmente com a regulamentação do SUS. O que se quer com elas é pôr em relevo a importância que essas questões discutidas possuem para a efetiva consolidação de um modelo de atenção em saúde comprometido com a vida.

Abrir espaços de produção de diálogo junto à comunidade, de reflexão, problematização, possibilita a construção de uma relação de co-responsabilidade favorecendo formas mais humanas e efetivas do processo de trabalho em saúde – tanto para os usuários, como para os profissionais – promovendo assim a construção de um fazer em saúde, não meramente técnico, mas comprometido com o projeto democrático do SUS.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Lei No 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 20 Set 1990. p.18055-9.
- 2 Pan American Health Organization. Brazil Health System Profile. Washington (DC/USA): OPS; 2005.
- 3 Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cader. Saúde Pública. 2006 Jun; 22 (6): 1171-81.
- 4 Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface: comun. saúde educ. 2003 Set-2004 Fev; 8 (14): 73-92.
- 5 Nascimento MAA, Mishima SM. Construindo uma prática de relações. Jor. Assoc. Bras. Enferm. 2004 Jun; 2 (2): 12-5.
- 6 Spink MJ, Lima H. Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano. Aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo (SP): Cortez; 1999.
- 7 Mcnamee S. Social construction as practical theory: lessons for practice and reflection in psychotherapy. In: Pare D, Lerner G, editores. Collaborative practice in psychology and therapy. New York (NY/USA): Haworth Press; 2004. p.9-21.
- 8 Camargo-Borges C. Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF) [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): USP/Faculdade de Filosofia Ciências e Letras; 2002.
- 9 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Resolução N° 196. Cadernos Ética Pesquisa 1998 Jul; 1 (1): 43-6.
- 10 Vieira ABD, Alves ED, Kamada I. Cuidando do cuidador: percepções e concepções de auxiliares de enfermagem acerca do cuidado de si. Texto Contexto Enferm. 2007 Jan-Mar; 16 (1): 15-25.
- 11 Assis MMA, Villa TCS, Nascimento, MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. Cienc. Saude Colet. 2003 Jul-Set; 8 (3): 815-23.
- 12 Matumoto S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): USP/EERP; 1998.
- 13 Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa de Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. Cader. Saúde Pública, 2007 Jan; 23 (1): 75-85.
- 14 Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde (BR), Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde no distrito sanitário. Brasília (BR): Projeto Gerus; 1995. p.177-84.
- 15 Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecilio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 2a ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1997. p.117-60.