

Percepção do Processo Saúde-Doença nos Planos Individual e Grupal — Comunidade Divina Providência, Porto Alegre, RS.*

RONALDO BORDIN
JACQUELINE O. SILVA
MARCO AURÉLIO C. ALBUQUERQUE

SINOPSE

O trabalho apresenta os motivos de consulta e os diagnósticos mais comuns em uma unidade de atendimento primário à saúde em uma área de periferia urbana e os confronta com os problemas de saúde levantados por quatro grupos de moradores, analisando o nível de consciência destes grupos em relação ao processo saúde-doença.

UNITERMOS: *Sociologia médica; Percepção de problemas.*

ABSTRACT

Group and individual perception of the health-sickness process — Divina Providência Community, Porto Alegre, RS.

The study presents the most common reason for consultation and diagnosis established at a state primary health care clinic in a periurban area and confront it with health problems established by four neighbourhood groups, analysing the level of consciousness of the groups in relation to the health-illness process.

UNITERMS: *Medical Sociology; Problem Perception.*

INTRODUÇÃO

Trabalhos recentes publicados em nosso meio enfocam o estudo da composição da demanda que procura unidades de atendimento primário à saúde, se centrando na análise dos motivos de procura do serviço (1,2,3) ou nos diagnósticos mais comentados (4,5,6).

Entretanto, por serem eminentemente descritivos, tais trabalhos se restringem a delimitar qual a composição da procura em relação ao serviço do ponto de vista do próprio serviço, baseado em sua forma convencional de estabelecer diagnósticos e planos de tratamento. Estes trabalhos não levam em conta que não necessariamente o observado nas unidades de aten-

dimento reflete as necessidades de saúde da população ou suas aspirações frente ao que o posto de saúde deveria ser capaz de intervir.

O presente trabalho objetiva confrontar o ponto de vista do serviço, obtido através de um estudo de demanda similar aos anteriormente citados, com os problemas de saúde levantados por grupos de moradores da área de abrangência do serviço de saúde, tentando abordar a questão de um ponto de vista coletivo e caracterizar o nível de consciência destes grupos frente aos fatores condicionantes do processo saúde-doença. Tal caracterização utilizará como base de comparação as categorias elaboradas por Gramsci para o estudo da evolução do pensamento de uma classe social, quais sejam: senso comum, senso crítico e ideologia de classe.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi realizado em uma vila de periferia urbana do município de Porto Alegre (RS), Vila Jardim - Comunidade Divina Providência. A vila conta com uma população estimada de 8000 habitantes, provenientes da transferência de outras vilas e/ou êxodo rural e é composta majoritariamente por trabalhadores

* Trabalho realizado no Dep. Medicina Preventiva da UFRGS

Endereço para separatas: Ronaldo Bordin
Departamento de Medicina Preventiva/UFRGS
Ramiro Barcelos, 2600 - Térreo
90.210 - Porto Alegre - RS.

Recebido em: 01/06/87
Aceito para publicação em: 01/08/88

não inseridos diretamente do processo de produção, podendo ser sociologicamente caracterizado como lumpensinato (vendedores ambulantes, carregadores, servidores domésticos, etc), não desempenhando a função de *exército industrial* de reserva senão de forma muito restrita (por não se inserir na produção mecanizada) e por se situar como força de trabalho de baixa capacitação. Ou seja, apresentam como característica a forma precária e flutuante de sua reprodução social, de maneira "indireta, fragmentária e insustentável em sua inserção na vida sócio-econômica (7)".

A Comunidade apresenta apenas um serviço de saúde dentro de sua área. Este serviço presta atendimento a nível de cuidados primários de saúde todos os dias da semana (incluindo sábados e domingos), estando vinculado ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

O levantamento da composição da demanda do posto de saúde foi realizado através de questionário aplicado durante duas semanas (setembro/86), quando obtiveram-se os seguintes dados: nome, sexo, número de prontuário do posto, motivo de consulta (apenas um), diagnóstico clínico (até quatro diagnósticos, em ordem de importância para o médico), conduta realizada (até quatro procedimentos, tais como: medicação, aconselhamento, dieta, etc), exames complementares, encaminhamento, tempo de início e término da consulta e necessidade ou não de supervisão. A tabulação dos dados coletados foi realizada pelo coletivo da equipe de saúde.

Os problemas de saúde foram levantados junto a "grupos de leite", em número de dois e reunindo, cada um, cerca de sessenta pessoas inscritas no Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes, da Secretaria Especial de Ação Comunitária (SEAC) da Presidência da República e composto de 95% de seus membros por mulheres; grupo de agentes de saúde, composto por dez moradores interessados em atuar sobre a situação de saúde da coletividade, com 80% de seus membros mulheres; e o grupo composto pela Comissão de Saúde da Comunidade Divina Providência, eleita em Assembleia Geral de Moradores, responsável pela ligação entre a coletividade e o posto de saúde.

A forma de levantamento dos problemas de saúde foi decidida pelos membros dos grupos, sem interferência dos autores.

Os problemas dos "grupos de leite", que se reúnem semanalmente, quando da entrega dos tickets para a retirada do leite, distribuídos pela Associação dos Moradores, foram levantados em plenário de cada grupo. Cada participante levantava um ou, no máximo, dois problemas de saúde e, após elaboração de uma lista geral, cada participante votava em apenas um dos temas levantados por todos. Deve ser ressaltado o fato destes grupos serem artificialmente formados, dentro de uma proposta plenamente assistencialista.

O grupo de agentes de saúde se reúne semanalmente durante duas horas, com o objetivo de discutir os problemas de saúde da coletividade e serem treinados em cuidados e procedimentos básicos de pro-

teção à saúde. A delimitação dos problemas foi realizada através do levantamento de uma lista extensa entre os componentes e a posterior escolha, por consenso, dos dez problemas considerados prioritários.

A Comissão de Saúde se reúne semanalmente e é composta por oito membros fixos e tem como função discutir e propor soluções para os problemas de saúde da vila, servindo de elemento de ligação entre a coletividade e o posto de saúde. Além disso, desenvolve funções de fiscalização e definição das ações do posto. O levantamento deu-se de forma semelhante ao grupo de agentes de saúde. Neste grupo ocorre relação inversa com os demais ao ser composto em 80% por membros do sexo masculino.

É proposta deste trabalho analisar como se situa o pensamento dos agentes de uma classe em relação ao processo saúde-doença, sem esquecer sua determinação estrutural, através do levantamento de problemas de saúde que distintos grupos de moradores enumeraram, comparados com um estudo de demanda e a delimitação coletiva do processo saúde-doença.

A ligação para a análise será baseada nas categorias propostas por Gramsci (8) para delimitar a evolução do pensamento de uma classe social, em qualquer época, quais sejam:

a) senso comum: saber que se caracteriza por um pensamento genérico, sem coerência interna, coexistindo elementos místicos provenientes de etapas históricas anteriores, conceitos estabelecidos pela ideologia dominante atual e idéias ligadas à prática cotidiana, ou seja, um saber composto por elementos difusos e dispersos, razão pela qual o "homem ativo da massa atua praticamente, mas sem ter uma clara consciência teórica desta sua ação que, não obstante, é um conhecimento do mundo na medida em que o transforma (8)".

b) senso crítico: reconhecimento da incoerência do senso comum e recusa dos elementos que significam dominação ideológica, ou seja, ruptura com o imediatismo dos determinantes do processo saúde-doença e busca de sua compreensão na totalidade social.

c) ideologia de classe: articula a prática social de classe com um pensamento coerente a respeito da sociedade, ou seja, o conhecimento vai além da imediatez, tentando captar a totalidade, apreendendo-a como momento do conjunto da sociedade em seu processo histórico. A superação do conhecimento se dá na experiência da atividade prática, do trabalho, que surge como critério de verdade (9), ou seja, "o critério de verdade do conhecimento não se encontra na teoria, mas na prática; é na prática que o homem tem que demonstrar a verdade (10)".

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela 1 estão listados os dez motivos de consulta mais freqüentes nas duas semanas de duração do estudo empreendido e na Tabela 2 estão os dez diagnósticos mais comuns.

Embora tais motivos de consulta e diagnósticos não possam ser extrapolados para as necessidades da

população da área (necessidade expressa + necessidade latente = necessidade total), seus dados, em essência, não discordam de trabalhos realizados em nosso meio (1,2,3,6). Entretanto, deve ser observado que necessariamente ocorre uma pré-triagem pelos pacientes que se dirigem ao posto de saúde, derivada de experiências próprias ou de terceiros de resolução (ou não) de determinado agravo à saúde, informações difundidas pelo próprio serviço de seu grau de resolução, etc. O que, evidentemente, já remete uma parcela de pacientes para outros serviços, sem a passagem pela unidade básica, como as urgências e emergências, por exemplo.

Já na Tabela 3 temos os dez problemas de saúde levantados pelos "grupos de leite".

TABELA 1

Dez Motivos de Consulta Mais Comuns

Ordem	Motivo
01	Mostrar exames
02	Reconsulta médica
03	Febre
04	Resfriado/Gripe
05	Dor de cabeça
06	Tosse
07	Dor nas costas
08	Dor abdominal
09	Dor de garganta
10	Exame médico geral

TABELA 2

Dez Diagnósticos Mais Comuns

Ordem	Diagnóstico
01	Infecção de vias aéreas superiores
02	Hipertensão de vias aéreas superiores
03	Ansiedade
04	Amigdalite bacteriana
05	Exame físico
06	Asma brônquica
07	Problemas mal definidos
08	Pré-natal
09	Dor lombar
10	Vaginite

TABELA 3

Levantamento de Problemas - "Grupos de Leite"

Ordem	Grupo Um	Grupo Dois
01	Alcoolismo	Anemia
02	Anemia	Pneumonia
03	Bronquite	Feridas
04	Anticoncepção	Bronquite
05	Problemas de pele	Infecções
06	Pressão alta	Dor de ouvido
07	Sinusite	Anticoncepção
08	Infecção urinária	Dor de garganta
09	Derrame	Nervos
10	Zumbido de ouvido	Infecção urinária

Chama especial atenção que as prioridades levantadas por ambos grupos se inserem nos processos resultantes de privação bio-social (consumo simples), relacionados com alimentação, repouso, habitação, vestimenta, transporte, etc., e associados epidemiologicamente com transtornos básicos como as doenças infecciosas, nutricionais, anemia ferropriva e outras, responsáveis por sete problemas para o grupo um e oito para o grupo dois.

Outro foco de análise para estes problemas poderia ser que os mesmos representam sensorialmente o cotidiano da vila quanto a seus problemas de saúde e que algumas destas situações seriam de tratamento não imediato, com resolução a médio e/ou longo prazo, necessitando de uma terceira pessoa para acompanhar o paciente ou mobilizando terceiros na complementação ou viabilização do próprio tratamento, podendo redundar na imobilização ou limitação temporária de um membro familiar como força de trabalho.

De qualquer modo, salienta-se o fato de que os problemas enumerados, embora citados pelos grupos, não são vinculados a seus determinantes, o que caracterizaria ambos grupos na categoria gramsciana de "senso comum" quanto à percepção do processo saúde-doença.

Quadro diverso do apresentado na Tabela 4, constituída pelos problemas enumerados pelo grupo de agentes de saúde da vila.

TABELA 4

Levantamento de Problemas - Grupo de Agentes de Saúde

Ordem	Problema
01	Drogas
02	Pneumonia
03	Anticoncepção ("muitos filhos")
04	Bronquite
05	Falta de dinheiro
06	Desidratação
07	Falta de higiene
08	Problemas cardíacos
09	Aborto
10	Alcoolismo

Este grupo, pela própria discussão interna, já passou do nível descritivo dos agravos à saúde para buscar uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença da coletividade onde estão abrangidos e são moradores.

Observa-se nítida incorporação de outros fatores como causadores de morbidade, transcendendo a questão biológica e tentando incorporar uma visão crítico-interpretativa de sua realidade concreta, embora sem um discurso articulado. A visão do cotidiano do processo de enfermidade da vila também está presente, representada pela 3ª e 4ª causa de mortalidade infantil em áreas de ocupação irregular de Porto Alegre em 1980 (Pneumonia e Desidratação), por proble-

mas cardíacos (primeira causa de mortalidade entre os maiores de um ano em Porto Alegre, 1980) e bronquite (11).

Ao mesmo tempo, incorpora alguns determinantes de processos a nível de seu ambiente imediato (falta de higiene) e da própria determinação social sobre os mesmos (falta de dinheiro; problemas com anticoncepção e sua consequência imediata, o aborto; alcoolismo e fármaco-dependência).

Torna-se evidente que houve um salto qualitativo realizado pelos agentes de saúde, que saíram do senso comum dos "grupos do leite" e adotaram uma postura mais crítica frente ao próprio perfil de morbimortalidade. Fato que redundava, evidentemente, em formas diversas de intervenção sobre o mesmo, não mais restrito unicamente ao tratamento medicamentoso psicoterápico (eficaz, individualmente, em certos casos) do posto de saúde, mas abrangendo outras esferas do social.

Entretanto, se já há uma tentativa de ruptura com a aparência dos problemas de saúde, ainda não há uma expressão mais articulada dos determinantes dos mesmos, fato que levaria a uma recusa dos elementos de dominação ideológica. Quando, então, deixariam de ter uma percepção vinculada ao senso comum e atingiriam a categoria de senso crítico.

Na tabela 5 estão listados os problemas levantados pela Comissão de Saúde da Comunidade Divina Providência.

TABELA 5

Levantamento de Problemas — Comissão de Saúde.

Ordem	Problema
01	Desnutrição
02	Tóxicos
03	Alcoolismo
04	Desidratação
05	Violência
06	Higiene
07	Verminose
08	Prostituição
09	Hipertensão
10	Escabiose/Pediculose/Anemia

Ao mesmo tempo que os membros da Comissão de Saúde se constituem em um grupo diferenciado na possibilidade de obtenção de informação, haja vista seus membros apresentarem participação social em outros níveis (sindicatos, associação de moradores, grupos de jovens, partido político, etc), temos que a enumeração de problemas expressa uma lista bastante diversa dos grupos anteriores, inclusive com a introdução do item "prostituição", não comumente citado como problema de saúde. Mas, mesmo assim, persistem problemas ligados ao senso comum, vinculados à ideologia dominante expressa, por exemplo, nos meios de comunicação de massa e idéias cotidianas, não apresentando recusa dos elementos ideológicos

(até pelo contrário). Recusa esta que conduziria à elaboração de uma visão crítica do processo saúde-doença, visão já ensaiada pelo grupo de agentes de saúde. Contudo, os problemas enumerados por este grupo são os que mais exemplificam o que seria uma percepção vinculada ao senso comum dos agravos à saúde.

Já uma abordagem coletiva do processo saúde-doença pode ser conseguida através de Breilh (12, 13) quando explicita sua proposta de emprego da categoria de perfil epidemiológico das classes sociais como instrumento para ordenar e hierarquizar os processos de saúde-doença. Em população com as características sumariamente descritas anteriormente para a Comunidade Divina Providência, delimita um perfil de:

- muita baixa expectativa de vida;
- crescimento infantil altamente deficitário;
- padrão de morbimortalidade com predomínio de entidades associadas com privação sócio-biológicas;
- altos níveis de prevalência de acidentalidade no local de trabalho (infantil e juvenil);
- alta incidência de transtornos de personalidade nos setores jovens e farmacodependência;
- moderada prevalência e incidência de abortamento provocado (A).

Tal perfil epidemiológico é referente a uma coletividade caracterizada por inserção fragmentária e instável no aparato produtivo, exposta a contratos de serviço ou jornada com níveis de remuneração muito abaixo dos salários médios; trabalho infantil; consumo básico altamente privativo e irregular; severas limitações de acesso aos serviços urbanos de educação e saúde; exposição a formas de urbanização desordenada e precária (6), entre outras. Características semelhantes às apresentadas pela Comunidade Divina Providência.

Ora, se sairmos do princípio que o perfil epidemiológico acima descrito articula, a prática social de classe com um pensamento coerente sobre o funcionamento da sociedade e como este se dá sobre o processo saúde-doença, temos que o mesmo caracteriza o grau de consciência exigido para um pensamento com ideologia de classe.

Frente a estes comentários e discussão, coloca-se os "grupos de leite" e a Comissão de Saúde como exemplos claros do que seria o senso comum deste processo, ao mesmo tempo que o grupo de agentes de saúde (apesar de não ser o grupo com maior participação social) se coloca como a visão que mais se aproxima do senso crítico frente ao processo saúde-doença para a coletividade aqui estudada.

CONCLUSÃO

A observação do estudo de demanda e os problemas levantados pelos diversos grupos nos coloca a diferença substancial entre os motivos de consulta e diagnósticos mais freqüentemente encontrados, obtidos através de coleta individual de dados em espaço institucional, e as questões enumeradas como pro-

blemas, coletadas de forma coletiva. O que nos leva a inferir que o processo individual de coleta de dados pode não refletir a percepção das condições de saúde da coletividade.

Entretanto, o levantamento dos problemas de saúde entre os grupos comprova a adequabilidade do emprego da categoria perfil epidemiológico das classes sociais como instrumento para ordenar e hierarquizar os processos saúde-doença da coletividade. Ao mesmo tempo, demonstra a necessidade dos profissionais de saúde terem acesso a este instrumento, haja vista que quanto maior o nível de consciência da coletivi-

dade abrangida pelo serviço de saúde, maior será o distanciamento da percepção da mesma sobre seu perfil de saúde-doença dos processos patológicos individuais, rumo a uma maior percepção e ação sobre os determinantes estruturais do processo. O que, de forma bastante contundente, necessariamente levará o profissional de saúde a sair de sua visão "de consultório", que avalia apenas a necessidade de consumo imediato do serviço, e buscar uma maior compreensão da realidade social na qual está inserido e da própria percepção dos determinantes do processo saúde-doença.

BIBLIOGRAFIA

- Faleiros J J et alii. Motivos de consultas mais freqüentes e utilização de um serviço de atenção primária à saúde. R AMRIGS, 1985. 29 (4): 287-300.
- Lebrão M L. Classificação Internacional de Motivos de Consulta para assistência primária: tese em algumas áreas brasileiras, 1985. Rev Saúde Publ 19: 69-78.
- Takeda S M F et alii. Estudo de motivos de consulta em uma vila na periferia de Porto Alegre. R AMRIGS, 1985. 29 (3): 231-8.
- Bordin R et alii. Estudo crítico de atendimento ambulatorial em um posto de saúde rural — Itapuã, RS. Arq Med Prev, jul/dez 1982. 5: 27-31.
- Bordin R et alii. Diagnósticos mais comuns em um posto de assistência primária à saúde em área rural — Projeto Itapuã (Viamao/RS) — 1985. R AMRIGS 1986. 30 (4): 294-8.
- Lopes J M C et alii. Diagnósticos mais comuns no Serviço de Medicina Geral e Comunitária, Unidade de Medicina de Família, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, 1983. R AMRIGS, 1985. 29 (4): 301-6.

- Weffort F Quijano A. El proceso de marginalización y el mundo de la marginalidad en América Latina. In: Populismo, marginalización y dependencia, 1969. Citado em (6).
- Gramsci A. Concepción dialéctica da história. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1981.
- Kuenzer A Z. Pedagogia da fábrica: as relações de produção e a educação do trabalhador. São Paulo, Cortez: Autores Associados, 1985.
- Marx K & Engels F. A ideologia alemã. Portugal, Martins Fontes, s.d.
- Barcellos T et alii. Segregação urbana e mortalidade em Porto Alegre. Porto Alegre, Fundação de Economia e Estatística, 1986.
- Breilh J. Epidemiologia: Economia, Medicina & Política. Quito, Editorial Universitária, 1979, p 210-6.
- Breilh J & Granda E. Investigación de la salud en la sociedad — guía pedagógica sobre um novo enfoque del método epidemiológico. Quito, Centro de Estudios & Asesoría en Salud (CEAS), 1982, p 67.
- Breilh J & Laurell A C. Enseñanza & usos de la epidemiología. Santo Domingo, República Dominicana, SESPAS, 1982.