

**A experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico vivenciado por uma pessoa com infarto<sup>1</sup>****The experience of illness and the therapeutical itinerary experienced by a person with infarction****La experiencia de la enfermedad y el itinerario terapéutico experimentada por una persona con infarto**Fabiana Rodrigues Zequini Nabão<sup>1</sup>, Sônia Ayako Tao Maruyama<sup>II</sup>

<sup>1</sup> Recorte da pesquisa contida na dissertação de mestrado intitulada: A Experiência da Enfermidade e o Itinerário Terapêutico de uma Pessoa com Complicações Cardiovasculares Procedente de Marcelândia-MT. Financiada pelo CNPq sob o n° 402866/2005-3 – Ed 342005-BR163 2aEt/Edital MCT/CNPq/MS-SCTIDECIT 34/2005 – Área de influência da BR 163/Registro PROPEq – 043/CAP/2006/Registro no Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM n° 235/CEP-HUJM/05.

<sup>I</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela FAEN/UFMT. Cuiabá-MT. Email: [fazequini@yahoo.com.br](mailto:fazequini@yahoo.com.br).

<sup>II</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem, docente da FAEN/UFMT. Cuiabá-MT. Email: [soniayko@uol.com.br](mailto:soniayko@uol.com.br).

**RESUMO**

Este estudo tem por objetivo compreender a experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico em relação à vivência da dor empreendida por uma pessoa com IAM evento sentinela da hipertensão, procedente do município de Marcelândia em Mato Grosso nos múltiplos sistemas de cuidado em saúde empreendido por ela na busca por atenção à sua saúde. O estudo foi sustentado nos conceitos de: Integralidade, experiência da enfermidade, itinerário terapêutico e história de vida focal. A História de Vida Focal foi operacionalizada pela entrevista em profundidade, na tentativa de apreender a experiência da dor vivida por Dona Florinda, em sua trajetória de adoecimento entre fevereiro e maio de 2007. A discussão e análise dos dados possibilitaram a compreensão de sua experiência no momento da dor, sendo marcado por componentes socioculturais que determinaram suas escolhas, inicialmente a busca por cuidado popular, depois, resistindo a entrada no setor profissional, busca pelo "farmacêutico", este tendo a função de direcionar a sua passagem ao setor profissional, e como num processo ritual, então ela entra no sistema profissional de cuidados à saúde.

**Descritores:** Assistência integral a saúde; Dor; Infarto do miocárdio.

**ABSTRACT**

This study aims to understand the experience of the illness and the therapeutical itinerary in relation to experience of pain lived by a person with AMI sentinel event of the hypertension, proceeding from the municipality of Marcelândia in Mato Grosso/Brazil in multiple systems of care in health experienced by her in the search for attention to her health. The study was supported in the concepts of: integrity, experience of the illness, therapeutical itinerary and focus life's history. The History of Focal Life was put into practice in the interview of depth, an attempt to apprehend the experience of pain lived by Ms. Florinda on her trajectory of illness between February and May of 2007. The discussion and analysis of the data allowed for the understanding of her experience at the time of pain, being marked by sociocultural components that determined her choices, initially the search for popular care, than, resisting the entrance in the professional sector, search for the "pharmacist", who has the task of directing her transition to the professional sector, and as a ritual process, then she enters in the professional system of health care.

**Descriptors:** Integral assistance to health; Pain; Infarct of myocardium.

**RESUMEN**

Este estudio tiene como objetivo comprender la experiencia de la enfermedad y el itinerario terapéutico en la experiencia del dolor realizada por una persona con IAM caso centinela de la hipertensión, fundada el municipio de Marcelândia en Mato Grosso en varios sistemas de atención en salud realizado por ella en la búsqueda de atención a su salud. El estudio fue sustentado en los conceptos de: Integridad, experiencia de la enfermedad, itinerario terapéutico y historia de vida focal. La Historia de Vida Focal operacionalizada por la cita en profundidad, en un intento de apreender la experiencia de dolor experimentado por Dona Florinda en su trayectoria de la enfermedad entre febrero y mayo de 2007. La discusión y análisis de los datos permitieron la comprensión de su experiencia en el momento de dolor, y marcada por componentes socioculturales que determinaron su elección, en un principio a la búsqueda de la atención popular entonces resistiendo a la entrada en el sector profesional, busca "farmacéuticos" Esto con la tarea de dirigir su transición hacia el sector profesional, y como un proceso ritual, y luego que entre en el sistema a los profesionales de la salud.

**Descritores:** Asistencia integral a la salud; Dolor; Infarto de miocardio.

## INTRODUÇÃO

Durante a nossa atuação profissional tanto assistencial quanto docente ao prestarmos cuidado a pessoa acometida por complicações cardiovasculares, percebemos que os profissionais de saúde têm dificuldade de reconhecer a experiência da enfermidade na perspectiva do usuário e que este processo ultrapassa a lógica da clínica e não valoriza outras dimensões, como os símbolos e os sentidos que fazem parte da vivência de cada pessoa em seus contextos socioculturais.

Em nossa sociedade, embora o sistema de cuidado privilegie a ciência médica, a representação social do corpo direciona a pessoa enferma na busca por cuidados populares, principalmente quando as alterações não causam impacto na rotina de suas vidas. De outro modo, quando as alterações compartilhadas socialmente são consideradas graves, também se pode buscar o sistema médico oficial. É importante, embora ressaltemos os diferentes sistemas de cuidado à saúde, reconhecer que diante da multiplicidade de recursos possíveis que cada pessoa direciona suas escolhas, as quais nem sempre se apresentam de modo articulado e coerente<sup>(1)</sup>.

A experiência da enfermidade para qualquer pessoa se constitui em uma situação-problema e, por revelar a necessidade de novos conhecimentos, faz com que a pessoa passe por um processo reflexivo, donde requer esquemas interpretativos, mediadas pelas manifestações do corpo nos contextos socioculturais os quais a pessoa compartilha. A situação-problema, na medida em que é controlada, é abolida e passa a ser reintegrada a sua vida cotidiana<sup>(1)</sup>.

Daí com o surgimento da situação-problema ocorre uma multiplicidade de sentidos, pois os fatores socioculturais e biológicos não podem ser isolados da experiência da enfermidade, já que a vida tem várias dimensões e estas se integram a totalidade da vida, assim, embora cada pessoa tenha seu aspecto particular ela é também expressão generalizada da existência<sup>(1)</sup>.

Ao revelar a experiência da pessoa, sua singularidade, não ressaltamos a subjetividade como posição soberana, mas buscamos desvendar os modos como as pessoas reorientam suas vidas, num processo onde os significados constituintes das diversas experiências são continuamente reconstruídos, sustentado na compreensão de que a ação da pessoa frente ao seu contexto é orientada socioculturalmente<sup>(1)</sup>.

As respostas à enfermidade remetem a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores, em que o doente e aqueles que estão envolvidos na situação (como familiares, amigos, vizinhos e terapeutas) formulam, (re)produzem, transmitem um conjunto de soluções, receitas práticas e proposições genéricas<sup>(1)</sup>. Este processo se configura em escolhas

que as pessoas fazem, segundo o universo sociocultural a qual pertence e são mediadas pela situação presente, pelas experiências vividas e pelos projetos de vida elaborados por cada um.

Sobre os diferentes sistemas de cuidado à saúde, o modelo explicativo de Kleinman<sup>(2)</sup> distingue três campos de práticas em saúde: o profissional, constituído pelo modelo oficial, sendo na sociedade ocidental a medicina científica; o *folk*, constituído pelas instituições não oficiais, como curandeiros, raizeiros, benzedores, espíritas, entre outros, e, o popular formado pelos leigos, como os vizinhos, a família, tem sido referência para entender os saberes e as práticas em saúde que são compartilhados nos grupos sociais, pois para ele há uma articulação sistêmica entre os diferentes elementos ligados à saúde e a doença e as formas de cuidá-las, ou seja, a experiência dos sintomas, modelos específicos de conduta do doente, decisões concernentes a tratamento, práticas terapêuticas e avaliação de resultados<sup>(1)</sup>.

Acreditamos que os significados compartilhados socialmente pela pessoa influenciam nos processos reflexivos e de escolhas pelos sistemas de cuidado a saúde, sendo construído um itinerário terapêutico da experiência da enfermidade vivenciada. O itinerário terapêutico (IT) pode ser descrito como sinônimo de busca de cuidados terapêuticos que envolvem práticas individuais e sócio-culturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por indivíduos, na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde<sup>(3)</sup>.

Em nossa vivência, dentre as complicações cardiovasculares existentes na qual pudemos prestar o cuidado, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), era uma ocorrência que poderia ser evitada, se as ações em saúde na Atenção Básica, principalmente no que se refere às práticas dos profissionais de saúde não fossem voltadas somente aos fatores que predispõe o surgimento deste agravo, ou seja, se estes profissionais considerassem que as necessidades de saúde envolvem a representação de quem vivencia a enfermidade, seus valores crenças, símbolos e significados que são embutidos ao longo deste processo.

Neste sentido, consideramos que a complicação cardiovascular IAM é considerada um evento-sentinela, porque suas origens implicam em falhas no controle da doença e que todo evento sentinela tem uma condição marcadora. Assim, o evento sentinela pode ser definido como algo que não deve ocorrer se o serviço de saúde funcionar adequadamente. Para uma condição ser considerada marcadora deve: ser freqüente, ter técnicas de atenção bem estabelecidas e ter ampla aceitação e efetividade comprovada<sup>(4)</sup>. A hipertensão arterial, por exemplo, por ser uma das causas que predispõe o surgimento do IAM e por apresentar diretrizes e políticas especiais pode ser

considerada como condição marcadora do surgimento do evento-sentinela IAM. No entanto, devemos considerar que para o surgimento de um evento-sentinela, a condição marcadora vai além da linearidade e associação da patologia com suas complicações como enfatiza o saber clínico, devendo ser incluído neste processo o olhar de quem vivencia a enfermidade.

Consideramos também que o surgimento do evento sentinela tem relação quanto a forma de organização das práticas em saúde no que se refere à atenção as complicações cardiovasculares, pois atualmente estão centradas no Modelo Clínico, não compatibilizando com a Integralidade, uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A integralidade vem sendo discutida como um princípio e prática produtora de relações, signos e significados, sendo um termo plural, ético e democrático, se constitui em práticas eficazes, produz efeitos de polifonia, ou seja, a sua implementação é resultado do embate de muitas vozes sociais<sup>(5)</sup>.

A compreensão da Integralidade, da experiência da enfermidade e do itinerário terapêutico de uma pessoa que apresenta um evento sentinela devido a complicações cardiovasculares, como forma de apreender que este processo vai além da linearidade do saber clínico, nos foi possibilitada ao participarmos do Projeto de pesquisa BR 163: Os desafios e perspectivas do SUS na atenção à saúde em municípios da área de abrangência da BR 163 no Estado de Mato Grosso que visa por meio do evento-sentinela, ou seja, sério agravo à saúde que poderia ter sido evitado através de uma assistência eficaz no início do curso do adoecimento, compreender como a pessoa que tem uma condição que poderia ser evitada pela atenção básica, desenvolve complicações.

Ao buscarmos uma pessoa que vivenciou a experiência da enfermidade por evento-sentinela, procedente de um dos municípios da área de abrangência da BR163, encontramos Dona Florinda, nome fictício empregado com o objetivo de manter o anonimato da participante, assim como dos profissionais de saúde citados por ela.

Dona Florinda tem 55 anos de idade é procedente do município de Marcelândia/MT cujos eventos-sentinela apresentados foram: o IAM e a IC, decorrente da hipertensão arterial.

A nossa integração com subprojeto descrito acima nos possibilitou a construção de uma dissertação na qual este artigo apresenta um recorte e dará ênfase a etapa da experiência da enfermidade e do itinerário terapêutico da entrevistada, ou seja, a sua vivência da dor pelo IAM.

Os objetivos deste artigo são: compreender a experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico de uma pessoa com IAM, evento sentinela da

hipertensão, procedente do município de Marcelândia em Mato Grosso.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de estudo exploratório-descritivo, de caráter qualitativo coerente com os princípios da abordagem compreensiva. Escolhemos a metodologia do estudo de caso como a mais adequada para buscar a compreensão da experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico de uma pessoa que vivenciou a dor decorrente do IAM-evento-sentinela da Hipertensão arterial.

Definimos a história de vida focal (HVF) como a perspectiva de abordagem metodológica. A história de vida tópica (denominada, por nós, focal) dá ênfase à determinada etapa ou setor da vida pessoal ou de uma organização e, geralmente, focaliza acontecimentos específicos tal como foram vivenciados, por uma pessoa ou por um grupo social. A apreensão do relato de vida, através da biografia e da sua experiência é uma tentativa de revelar a dimensão intangível dos acontecimentos experienciados<sup>(6)</sup>.

Como estratégia para a coleta dos dados da HVF utilizamos a entrevista aberta ou em profundidade para alcançar a subjetividade daquele que vivencia a experiência da enfermidade.

O período da realização deste estudo foi entre fevereiro e maio de 2007. O local onde foram coletados os dados da entrevista foi à Casa de Apoio que hospeda pessoas procedentes do interior do estado do Mato Grosso.

Após obtermos o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Julio Muller (HUJM) nº 235/CEP-HUJM/05 procedeu-se à aproximação com a entrevistada, que foi seguida de explicação sobre os objetivos do estudo, que as informações obtidas serão utilizadas e que a sua identidade será preservada. Após as devidas orientações, obtivemos a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a análise dos dados encontramos na análise temática aquela mais adequada para análise dos dados desse estudo. Este formato de análise busca encontrar os núcleos de sentido de uma comunicação, os quais possibilitam apreender às “[...]estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamentos presentes ou subjacentes nos discursos[...].” e com isso alcançar os significados que a comportam, assim deixamos em relevância que embora a análise temática tenha raízes positivistas, neste estudo focalizamos sobre os significados dos dados<sup>(6)</sup>.

Durante a organização e formação da categorização dos dados, a dor foi o evento significativo da experiência relatada pela pessoa, marcando a sua história de vida, e contada em suas narrativas. Desta forma, o seu processo de

adoecimento configuraram quatro etapas: 1. A vida antes da dor; 2. Sua experiência no momento da dor; 3. Transitando num mundo desconhecido - o cuidado profissional; 4. Na casa de apoio: *Eu falo que eu revivi!*, no entanto, neste artigo pretende-se focalizar sobre: A experiência no momento da dor.

## RESULTADOS

Os resultados construídos e apresentados nos levaram a apreender a experiência vivenciada por Dona Florinda no momento da dor diante dos diferentes sistemas de cuidados.

### A experiência no momento da dor

O início da dor foi relatado por Dona Florinda da seguinte forma:

*[...]em 24 de dezembro fui passeá pra casa da minha mãe em Matupá, daí nois saimo com a minha irmã na rua numa loja pra compra um calçado pra ela[...]E eu falei assim pra minha irmã eu não to sentindo bem. Aí ela disse assim: Florinda, você ta amarela! Acho que eu num tô muito bem, to com uma dor no peito que eu num tô aguentando mais [...]Do dia vinte e quatro de dezembro até o dia 12 de janeiro [...]Foi dez dor daquela.*

Percebemos nesta narrativa o quanto à ocorrência da dor foi valorada por dona Florinda, pois ao lembrar da data de início e término da dor *do dia vinte e quatro de dezembro até o dia 12 de janeiro* e do número de vezes que apresentou *foi dez dor daquela* fica evidente o quanto foi significativa esta experiência em sua história de vida.

Notamos durante a entrevista que ao falar da dor, Dona Florinda expressava uma sensação de incômodo e sofrimento, apresentado em gestos e expressão faciais (Notas de campo, 22/02/07).

A experiência de dor vivida por dona Florinda perpassa por diversas dimensões que não apresentam uma única definição. Existem muitas definições que podem ser dadas à dor, mas nunca abarcarão a dimensão do que é esta sensação, isto porque a dor é uma experiência subjetiva, privada e qualquer informação sobre ela há de provir apenas daquele que sente<sup>(7)</sup>. Além disso, cada cultura ou grupo tem sua própria linguagem para representar a dor, o que depende, entre outros fatores, dos valores relativos ao grupo em questão<sup>(6)</sup>.

Um dos aspectos que se considera relevante no diagnóstico do IAM é a dimensão fisiológica da dor, como a que Dona Florinda relata. A dimensão a dor pode ser considerada como um "tipo de dispositivo de alerta para chamar a atenção para uma lesão no tecido ou para algum mau funcionamento fisiológico"<sup>(8)</sup>. Entretanto, não podemos considerar que somente o ponto de vista fisiológico da dor foi evidenciado.

Vimos, que a dor vivida por Dona Florinda também perpassou pela sensação de sofrimento.

Neste sentido, concordamos com Ferreira<sup>(7)</sup> ao retratar a dor como uma sensação desprazerosa que reporta a idéia de sofrimento e a simples perspectiva de dor causa um sentimento de aversão, sentimento este expressado pela entrevistada e presenciado por nós durante a coleta de dados.

Além desses aspectos mencionados a sensação de dor traz outros comportamentos, quer verbal ou não a sua fonte, que dizem respeito às expectativas do sujeito, suas experiências passadas e principalmente a toda sua bagagem cultural<sup>(7)</sup>.

Considerando que a percepção da dor é então subjetiva e, portanto uma experiência vivenciada diferentemente por cada pessoa. Acreditamos também que a descrição da dor envolve comportamentos, sensações e atitudes que estão implicados com a representação do corpo para o indivíduo.

O corpo é parte integrante do ser humano e como tal, pressupõe distintas versões e cada sociedade constrói suas imagens corporais na tentativa de reduzir culturalmente o mistério do corpo, que apesar de sua aparência incontestável, tem significados complexos<sup>(9)</sup>.

No trecho que segue, Dona Florinda julgou que seu estado corporal não era bom e também que a mesma chegou ao seu limite para suportar aquela sensação de sofrimento ao dizer:

*[...] eu num tô muito bem, to com uma dor no peito que eu num tô aguentando mais.*

Este trecho ao mostrar a representação da intensidade da dor vivenciada por dona Florinda faz uma comparação com a dor de parto, considerada culturalmente como uma dor de forte intensidade, como segue.

*É dor sabe, que nem eu tava falando pra ela é dor mais do que dor de parto.*

O modo como se descreve a dor sofre a influência de vários fatores, incluindo a facilidade de uso da linguagem, a familiaridade com os termos médicos, as experiências individuais de dor e as crenças leigas sobre as estruturas e funcionamento do corpo<sup>(8)</sup>.

Diante disso, consideramos que os comportamentos e associações durante uma sensação dolorosa sofrem influencia significativamente do grupo social que a pessoa esta inserida. E, a interpretação dos eventos gera sentimentos que ameaçam a vida, em especial, eventos que tem forte associação com a possibilidade de morte.

Dentre as representações, Dona Florinda representa sua dor das seguintes formas: *aquele infarto que dá aquela dor que vem no peito que vai abrir o peito e entrá.[...]agonia, agonia,agonia, sabe assim, seu peito parece que cresce sabe[...]Uma dor assim, que aperta parece que ta sufocando e vai*

*descendo [...]to com uma dor no peito que eu num tô aguentando mais.*

As associações como “facadas”, “agulhadas”, “socos”, são freqüentes, representando a dor como forma de agressão, como algo socialmente identificado como violento. Esta associação fica evidenciada na narrativa acima, pois o fato de “sufocar”, “abrir” e “entrar” pode representar uma violência simbólica<sup>(7)</sup>.

A expressão de um discurso se constitui em uma dialética entre o evento e significação. O evento comporta os aspectos subjetivos do discurso está ligado ao que significa para o locutor, já a significação, os aspectos objetivos. A experiência vivida é essencialmente privada, e o que é comunicado é a sua significação; é o conteúdo do que se diz que orienta as pessoas que compartilharem ou não o seu conteúdo, que para ser compreendido, o locutor precisa exteriorizar ou expressar o sentido. É a linguagem então que torna a experiência privada em pública<sup>(1)</sup>.

Assim, a experiência vivida privada, em situações de diálogo dessas experiências, as pessoas utilizam meios para expressá-las; a linguagem conotativa, como a metáfora, é um recurso que pode estar relacionada a criar uma imagem de uma dada realidade dotada de significação emocional, a possibilidade de dizer algo novo acerca da experiência subjetiva, mas também, em estudos culturais, para prover possibilidade ou direções para a reorganização das experiências encarnada do sofrimento, portanto tem uma função existencial, possibilitando aquele que narra construir os cenários do seu sofrimento e cura e, permitindo aos seus interlocutores apreender a dimensão da experiência subjetiva e com isso, possibilita a si própria organizar e desenvolver essa experiência de forma socialmente reconhecida<sup>(1)</sup>.

Entretanto, no processo do sentir a dor, e diante da percepção da desordem, ou seja, da dor, Dona Florinda decidiu procurar primeiramente o setor de saúde popular como mostra o seguinte trecho:

*né daí eu já deitava na cama ficava quietinha, eu ficava lá com aquela dor, daí passava [...]minha mãe fazia chá[...]Dava chá, me esfregava com álcool.*

Acreditamos que essa decisão foi tomada por Dona Florinda por valorar os cuidados oferecidos por este setor, dando sentido ao que percebe como cuidado a saúde necessária naquele momento. Neste sentido, uma pessoa discute ou avalia as possibilidades do cuidado da doença à luz do seu conhecimento e experiência, escolhendo não apenas os diferentes tipos de assistência (informal, profissional ou popular), mas também os diagnósticos e as recomendações que fazem sentidos para ela<sup>(8)</sup>.

Dona Florinda procurou utilizar neste setor algumas formas utilizadas no tratamento da medicina popular observado nesta narrativa:

*[...]minha mãe fazia chá[...]Dava chá, me esfregava com álcool.*

Para nós, o cuidado da medicina popular oferecido pela mãe de Dona Florinda esta relacionado a uma “teia” de significados que durante as diversas gerações familiares foi construído e compartilhado por grupos nas quais puderam conviver. O uso de ervas medicinais, neste caso como os chás, muito deles cultivados no fundo do quintal, é uma prática secular baseada no conhecimento popular e transmitida oralmente, na maior parte das situações<sup>(10)</sup>.

O álcool, descrito na narrativa, também traz um significado importante por sabermos que ele é utilizado na maioria das vezes por muitas famílias que o armazena na “farmacinha da casa” junto com outros medicamentos designados a diversos tipos de doenças.

A este costume, trazemos alguns apontamentos da farmácia familiar, na qual os remédios que a compõe são extensamente difundidos e encontram-se na maior partes das casas. Dentre os medicamentos existentes se apresentam como grupo principal: Mercurocromo, álcool, água oxigenada, tintura de iodo e éter<sup>(10)</sup>.

O compartilhar de informações na medicina popular também pode ocorrer num determinado grupo, ou seja, isto quer dizer que a maior parte das práticas ocorridas na medicina popular está relacionada ao significado que o indivíduo, família, amigos ou grupos específicos tecem em relação às terapêuticas.

Depois de procurar a terapêutica popular e não encontrar o resultado desejado, diante da dor, Dona Florinda foi até uma farmácia e procurou a ajuda de um farmacêutico mostrado nesta narrativa:

*Eu num tô muito bem, to com uma dor no peito que eu num tô aguentando mais [...]já eu cheguei na farmácia o farmacêutico me deu um calmante e passo, mais ruim tava!![...]Daí no outro dia já deu outra dor de novo.*

Atribuímos esta busca por cuidado percorrida por Dona Florinda, ao fato de estar muito incomodada com a dor e a percepção do seu estado de saúde que não era bom *mais ruim tava!!*, necessitando de uma solução rápida para o seu problema. A representatividade do farmacêutico para a população é descrita por Queiroz<sup>(11)</sup>. Para este autor, em algumas localidades o farmacêutico ainda mantém uma importância considerável como agente de saúde, exercendo forte influência nas estratégias da população no que diz respeito á saúde e a doença, mesmo que por algumas vezes exerçam práticas ilegais. Além de vender medicamentos, eles oferecem serviços de consulta para diagnóstico e tratamento

de doenças, embora não tenham qualquer formação médica ou mesmo farmacêutica.

O fato da pessoa com dor procurar o serviço farmacêutico em detrimento às unidades de saúde profissionais sugere que ainda persiste a crença de cura e resolução dos problemas neste setor ou que nas unidades de saúde o alcance da resolatividade é demorada, devido aos fluxos, inúmeros procedimentos ou até mesmo pela falta do acolhimento na relação entre profissional –usuário e, ainda, o farmacêutico ser uma pessoa vista como do grupo, da comunidade, mas por outro, ter conhecimentos gerais do sistema médico e então, ajudar na orientação pela busca ou não pelo serviço de saúde oficial<sup>(11)</sup>.

O mesmo autor atribui a procura do farmacêutico em detrimento do médico, alegando que os profissionais (médicos) esperam demais para efetuar o tratamento, deixando o paciente muito tempo em observação sem medicamento, permitindo, assim, o risco do caso agravar. Opondo-se a esta prática, os farmacêuticos procuram satisfazer o doente examinando minuciosamente o corpo e receitando um número maior de medicamentos, entre estes as vitaminas e outros remédios “populares” repudiados pelos médicos do serviço público.

Neste sentido, o discurso do sistema médico busca criar um espaço próprio, porém com as mesmas leis que regem o discurso dos dominantes; por isso as pessoas procuram um outro sistema de cuidado que não o oficial, não com intuito de se oporem a ele, mas preencherem as lacunas deixadas por ele<sup>(9)</sup>.

A evolução da dor e a entrada no sistema de cuidado profissional podem ser apreendidas no trecho:

*essa dor que tive, tive essas dez dor, que é pior que dor de parto [...]Daí, é lógico eu ficava em casa, aí na oitava eu fiquei bem mal [...]Eu fui no hospital.*

Percebemos que após percorrer o setor informal e em seguida o farmacêutico e não encontrar solução para sua necessidade Dona Florinda procurou o setor profissional. Passou por oito episódios de dor, associados à agonia e sofrimento, mas mesmo assim, não optou pelo setor profissional. Chegou a procurá-lo quando os sistemas percorridos por ela não solucionaram a sua necessidade.

Esta atitude de Dona Florinda pode ser explicada da seguinte forma: embora o sistema de cuidado profissional seja hegemônico, em nossa sociedade, normalmente, ele só é procurado quando o doente não vê solução para sua desordem pelos outros sistemas. Desta forma, reconhecemos que o percurso adotado por Dona Florinda, tem forte relação com sua percepção do cuidado e também de doença<sup>(9)</sup>.

As representações da doença esta ligada aos usos e representações que as pessoas fazem do seu

corpo. Para ele há representado culturalmente como “doenças simples” e as “doenças sérias”, ou seja, estas percebidas como mais graves e necessariamente forçando as pessoas a procurar serviços de saúde<sup>(12)</sup>.

Ao procurar um hospital particular Dona Florinda se depara com seguinte atendimento:

*Eu fui no hospital particular e ninguém sabia o que que era. [...]Jera particular e ia chamar o médico, o médico vinha com grossura. Foi o enfermeiro que me atendeu. Ele me dava calmante e a dor num parava.*

Pudemos observar nesta fala que para Dona Florinda, o fato de ter procurado a assistência em um serviço de saúde privado, teria encontrado ou estava a caminho da solução do seu problema, pois reforçou duas vezes a palavra particular, deixando clara sua expectativa em relação a este setor. No entanto, Dona Florinda ao procurar este serviço, experiência um atendimento desagradável que não alcançou suas expectativas de atendimento a sua necessidade. Isto aconteceu devido ao fato de não receber um diagnóstico médico *ninguém sabia o que que era!*, recebeu do enfermeiro medicações que não tiveram ações positivas e além de tudo foi mal tratada pelo médico.

A situação vivida por Dona Florinda e a perspectiva que mesma apresentava pelo setor privado, perpassa muitas vezes no imaginário dos usuários que esperam deste serviço, qualidade e atendimento adequado. No entanto sabemos que atualmente com escassez de materiais de trabalho e profissionais de saúde, não só os serviços públicos, passam por uma realidade de atendimento precário e ineficaz, o que não é diferente também para alguns serviços privados também estão vivenciando esta realidade.

Apesar desta situação, não devemos desconsiderar que usuário ao ser atendido quer no serviço público ou privado, ele não tenha direito à atenção adequada, pois o direito à saúde é um direito respaldado em nossa legislação constitucional.

O projeto de Lei 22/07 estabelece o Código Nacional de Direitos dos usuários das Ações e dos Serviços de Saúde, na qual estão descritos os direitos da população que frequenta os serviços públicos e privados<sup>(12)</sup>. Dentre as ações descritas, esta o atendimento integral, digno, atencioso e respeitoso, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação, mas, o que então o que seria um atendimento integral?

Como vimos anteriormente o texto constitucional não utiliza a expressão integralidade; ele fala em atendimento integral, mas o termo integralidade tem sido utilizado correntemente para designar exatamente essa diretriz<sup>(13)</sup>.

A integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do médico que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas

explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. A integralidade está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos<sup>(14)</sup>. *O médico, no outro dia ele me deu alta. Ai meu Deus! me deu alta! eu falava assim mas doutor eu num queento de dor! Se for embora, eu morria de dor. Não agüentava a dor que sentia no peito [...]Ele disse: não você ta boa, mandô eu embora e eu mal. Ai mais tarde meu piá me levou ... chego de carro, me levo lá de novo e ele não me vinha consulta e aí nós fomo embora.*

Observamos mais uma vez, diante desta narrativa o descaso e a falta de respeito por parte do profissional de saúde, pois não deu importância à dor vivenciada por Dona Florinda, optando por dar alta mesmo ela não estando em boas condições.

A atitude tomada pelo médico demonstra uma relação de poder centralizada em uma única pessoa que assume o papel de controle sobre o corpo "doente", mesmo a Dona Florinda confrontando a atitude do médico, que se mantém insensível ao apelo da doente.

Tal atitude é designada como tática de biopoder, refere que essas táticas parecem fomentar uma lógica de mercantilização da saúde que, se tem efeitos diretos sobre aqueles que necessitam de cuidados, não deixando de incidir também sobre os profissionais de saúde, que se debruçam sobre quem padece e que, padecendo, entregam-se de corpo e alma a um pretense agente do saber, com poderes sobre o adoecer, em relação aos quais tornam-se, então, pacientes<sup>(15)</sup>.

Podemos tecer ainda, neste contexto vivenciado por Dona Florinda, que na prática médica atual os doentes tendem a perder "o direito sobre o seu próprio corpo [...]e, por conseguinte sua autonomia"<sup>(16)</sup>. Esta descrição apresenta desqualificação do "doente" e valorização do modelo biológico de prática em saúde. No caso desta narrativa, trata-se do poder do médico em "ler" o corpo e "dizer" de seu diagnóstico embora quem sinta a dor seja a usuária.

Consideramos que, a perspectiva de cuidado, centrado no modelo biológico, a arena das práticas dos profissionais de saúde acaba por se constituir em espaços de relações de poder, mediado pelo saber científico, cujos os usuários, desprovidos desse conhecimento têm uma posição desprivilegiada em relação aos profissionais de saúde, que tem na sua formação a incorporação dos símbolos da cientificidade, assim o doente e sua família assume uma relação de submissão e passividade em relação ao poder e dominação dos profissionais de saúde<sup>(16)</sup>.

Para mudarmos esta realidade considera-se que as formas de produzir transformações nas práticas em saúde envolvem intervenções em cada local de

trabalho, alterando as relações de poder, resignificando as relações do usuário-trabalhador, desenvolvendo um processo de subjetivação que busca mudar atitudes<sup>(17)</sup>.

Neste sentido, acreditamos que existe a necessidade do reconhecimento por parte dos profissionais de saúde de que as condições nas quais, atualmente o doente se encontra, de desprivilegiamento do seu saber e de posição de sujeito passivo no processo precisa ser reconstruído, pois afeta as formas de atenção no cuidado no sistema profissional e os modos como os profissionais lidam com os doentes. É possibilitar a expressão de todas as dimensões presentes na experiência da enfermidade bem como o enfrentamento da condição de doente para retornar a sociedade, na condição de cidadão. É passar a reconhecer a pessoa com enfermidade, para além do corpo biológico, ou seja incluindo o corpo social e político.

Diante da não resolutividade de sua necessidade no serviço particular conforme descrito anteriormente, Dona Florinda, procurou a Unidade de Saúde da Família perto de sua residência.

*Lá no posto de saúde lá tinha um doutor[...]O doutor Mattar, não sei se você sabe, um doutor gordão. Foi ele que salvou a minha vida. Ai fui ele disse: Florinda você ta infartada . Ele disse: dona Florinda a senhora ta infartada! Deu infarto! Fiquei em observação daí quando melhorei me deu soro, remédio. ele falou: Florinda vou ter que te encaminhar pra Cuiabá agora a senhora vai ter que ficar uns vinte dias de repouso porque você não pode pegar baque que é pior né .*

Vimos anteriormente que Dona Florinda passou por três processos terapêuticos e nenhum deles conseguiu atender as suas necessidades de saúde em relação ao atendimento e o vínculo, estabelecimento do diagnóstico e o alívio da dor diante da necessidade de saúde apresentada por ela. A narrativa acima deixa transparecer a satisfação de Dona Florinda em relação ao cuidado recebido pelo médico do posto, como podemos observar nesta frase: *Foi ele que salvou a minha vida.* Atribuímos esta satisfação ao fato de suas necessidades terem sido atendidas, ou seja, de sentir-se acolhida, receber o diagnóstico, tratamento e até mesmo de ser ouvida.

A satisfação de Dona Florinda ao receber o diagnóstico, um significado aos seus sintomas dentro do sistema de símbolos do cuidado oficial, atribui um veredito a desordem física e moral<sup>(5)</sup>, dando-lhe um nome, e possibilitando a ela, que por meio do diagnóstico, sua dor seja reconhecida socialmente com infarto.

Dona Florinda recebendo o diagnóstico médico que até então não havia recebido, pode certificar que existe uma alteração em seu corpo e que as dores que vinha sentindo teriam uma explicação.

Pudemos notar também que a sua satisfação, representada pela entrevistada, está relacionada a

uma oferta de serviços de saúde que a atende por demanda, sustentado na tecnologia da biomedicina, que oferta medicação, exames e intervenções de alta tecnologia, no caso, há uma estrutura nos serviços de atendimento a situações agudas. Já o cuidado ofertado nos serviços de saúde, para que uma pessoa com pressão alta que não desenvolva complicações, em nível de atenção básica, ou seja, tendo uma condição crônica e tendo que prevenir complicações, não é visualizado, seja porque há deficiência na organização desses serviços, ou porque não há, historicamente e socialmente construída a imagem de cuidado preventivo em condição crônica.

Para compreendermos melhor esta representação devemos apreender que os usuários entram em contato com o serviço de saúde, conecta-se a ele através de fluxos comunicantes por onde transitam ofertas, demandas, desejos, realizações de expectativas e satisfação de necessidades, ou seja, a procura do usuário pelo serviço de saúde se dá pela percepção que este tem do que é ofertado, por exemplo, a necessidade de um exame de sangue ou raio X. Essa percepção é formada por um conjunto de representações construídas no imaginário do usuário, quando este busca o atendimento as suas necessidades de saúde nos serviços<sup>(17)</sup>.

Os mesmos autores referem ainda que a demanda pelo usuário ao serviço de saúde é socialmente construída e esta relacionada ao perfil do serviço de saúde, a forma como se processam a produção do cuidado e as relações entre trabalhadores e usuários.

Outro aspecto significativo empreendido na narrativa descrita anteriormente, esta relacionada a "escuta", ou seja, o fato de ser ouvida pelo médico em relação ao que estava sentindo naquele momento.

Assim, pensamos na necessidade de refletirmos sobre a re-significação do cuidado, que dê um sentido diferente a assistência, criando novos modos de agir com os usuários, proporcionando mudanças na relação serviço-usuário.

O significado dos sintomas é padronizado como verdades em sistemas locais culturais, pois as categorias definidas pelos grupos são projetadas do seu mundo, então são denominadas de naturais porque são encontradas lá. A dor é entendida, como aquilo que nos rodeia. No curso de uma doença crônica, certas palavras ou expressões trazem um significado especial para o sofredor e sua família. Nós diferenciamos quando as pessoas utilizam algumas palavras relacionadas a enfermidades que são convencionais daquelas que usam termos especiais. As referências sobre a enfermidade se concretizam no processo dialético entre processo corporal e categorias culturais, entre experiência e significado<sup>(2)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor e o sofrimento de Dona Florinda, representada por metáforas e pela riqueza de detalhes, demonstra a significância da mesma sobre sua vida e suas escolhas.

O itinerário terapêutico vivenciado em sua experiência da dor e sofrimento agudo é marcado por componentes socioculturais que determinaram suas escolhas, inicialmente a busca por cuidado popular, depois, resistindo à entrada no setor profissional, busca pelo "farmacêutico", este tendo a função de direcionar a sua passagem ao setor profissional, e como num processo ritual, então ela entra no sistema profissional de cuidados à saúde.

Acreditamos que certamente esta passagem por múltiplos sistemas de cuidado influencia na interpretação do evento para dentro de sua vida, bem como abre possibilidades para a reconstrução de sua vida, tendo este processo um significado importante nas suas escolhas.

Dona Florinda se defrontou no cuidado profissional com práticas que se configuram com descuidado, ao se deparar com ofertas que seguem à lógica do serviço e não do usuário, mas também vivenciou práticas que configuram o acolhimento e interação profissional-usuária.

Reconhecemos os limites deste estudo, pois possibilita olhar apenas a um pequeno fragmento do que significa a experiência da enfermidade, porém acreditamos que este estudo possa contribuir na medida em que aponta para a importância de refletirmos, enquanto profissionais de saúde, sobre o que se entende por cuidado em saúde, se as práticas hoje atendem as reais necessidades de saúde da população, com vistas a alcançar a Integralidade da Atenção a Saúde.

Assim, consideramos que as novas práticas em saúde, com base na Integralidade possa beneficiar com complicações cardiovasculares, mas muitas outras pessoas, ao possibilitar valorar as necessidades de saúde das pessoas, por meio do desenvolvimento de atitudes comprometidas com a vida humana e com isso, alcançar a Resolutividade da atenção em saúde, evitando ou retardando as suas complicações, ou seja, o evento sentinela.

## REFERÊNCIAS

1. Alves PCA, Souza IMA. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Alves PCA, Souza IMA. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 125-138.
2. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing and human conditions. New York: Basic Books; 1998.
3. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2006 [cited 2009 mar



- 5]; 22(11):2449. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf>.
4. Penna MLF. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. In: Santana JP, organizadores. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 1997.
5. Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e integralidade por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2004. p. 21-36.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9th ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
7. Ferreira J. O corpo signo. In: Alves PC, organizador. Saúde e doença: um olhar antropológico. 2nd ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.174p.
8. Helman GC. Cultura, Saúde e Doença. 4th ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2003. 408p.
9. Maruyama SAT. A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica na visão dos portadores, familiares e profissionais de saúde: um estudo etnográfico [thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2004. 286p.
10. Barata G. Medicina popular obtém reconhecimento científico. Cien. Cult. [cited 2009 feb 12] 55(1):12. Available from: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v55n1/14839.pdf>.
11. Queiroz MS. Farmacêuticos e Médicos: um enfoque antropológico sobre o campo de prestação de serviços de saúde em Paulínea. In: Alves P, Minayo MC. Saúde e doença: um olhar antropológico. 2nd ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994. p. 155.
12. Oliveira FJA. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isso? In: Duarte LFD, organizador. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. 210p.
13. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem serem definidos. In: Pinheiro, R, Mattos, RA. (Org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4th ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2006. p.39-64.
14. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface (Botucatu) [Internet]. 2005 [cited 2009 feb 12];9(17):287-301. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>.
15. Foucault M. Microfísica do poder. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 18th ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
16. Foucault M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
17. Merhy EE, Franco TB. A produção Imaginária da Demanda e o Processo de Trabalho em Saúde. In: Construção Social da Demanda. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO; 2005. p.181-194.

Artigo recebido em 02.04.08.

Aprovado para publicação em 31.03.09.