

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

MARIA ISABEL FONTANA

**ITINERÁRIOS DE CURA E CUIDADO: UM ESTUDO DAS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS CONCEITOS DE SAÚDE E
DOENÇA NA FAMÍLIA.**

Itajaí

2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARIA ISABEL FONTANA

**ITINERÁRIOS DE CURA E CUIDADO: UM ESTUDO DAS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS CONCEITOS DE SAÚDE E
DOENÇA NA FAMÍLIA**

*Dissertação submetida à avaliação da Banca para
defesa pública para obtenção do título de Mestre em
Saúde, no Mestrado Profissionalizante em Saúde e
Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do
Itajaí, sob a orientação da Professora Dra. Yolanda
Flores e Silva.*

Itajaí
2005

MARIA ISABEL FONTANA

**ITINERÁRIOS DE CURA E CUIDADO: UM ESTUDO DAS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS CONCEITOS DE SAÚDE E
DOENÇA NA FAMÍLIA**

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de Mestre em Saúde e aprovada pelo Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho do Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Itajaí.

Área de Concentração: Saúde da Família

Itajaí, _____ de _____ de 2005

Prof^a Dra. Yolanda Flores e Silva
Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI – CCS Itajaí
Orientadora

Examinador externo

Examinador interno

Suplente

DEDICATÓRIA

Aos meus dois amores, Marcos e Nathalia, por sempre terem entendido as minhas ausências, e por me mostrarem diariamente como é bom ter uma família...

AGRADECIMENTOS

À todas as pessoas que me incentivaram e acreditaram nas minhas potencialidades, aos amigos: Denise Stringari Marcos; Simone Regina Grando; Silmara da Costa Maia; Dagoberto Mior de Paula; Alessandro Scholze, Luiz Antonio Vicente e a todos que desde o início do projeto até a correção da versão final souberam oferecer apoio...

À minha orientadora, professora Yolanda Flores e Silva, por ter tido a coragem de iluminar a minha trajetória...

Aos membros da banca, pelas valiosas contribuições...

Às famílias que abriram suas casas e vidas para nossa entrada...

À minha família que jamais deixou de acreditar que eu era capaz...

Obrigada!

RESUMO

O presente trabalho é resultado de pesquisa realizada, no Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. Seu objetivo foi o de caracterizar e analisar as Representações Sociais sobre o processo saúde e doença e a experiência da utilização do uso de distintos itinerários de cura e cuidado, adotados como apoio ao cuidado familiar de algumas famílias da Barra do Rio, em Balneário Camboriú - SC. Para tanto, adotou-se como percurso metodológico, a abordagem qualitativa, tendo como marco referencial teórico a Teoria das Representações Sociais. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas com dez famílias em uma área de atuação do Programa Saúde da Família (PSF), bem como através de observação sistemática na comunidade. Os dados coletados foram metodologicamente categorizados no modelo de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC, e posteriormente discutidos à luz da teoria das Representações Sociais e distintos referenciais das áreas de conhecimento pertinentes ao tema tratado. Os resultados evidenciaram que as representações sociais, enquanto senso comum, idéias, imagens, concepções e visão de mundo das famílias entrevistadas, representam e explicam a construção do conhecimento sobre saúde e doença entre elas, bem como permitem identificar os itinerários considerados terapêuticos voltados para a cura e o cuidado de problemas de saúde e enfermidades diagnosticadas no sistema de saúde local. Considerando estes resultados, percebe-se que a compreensão pela equipe de saúde do PSF da comunidade destas representações sociais, pode possibilitar a proposição de ações em saúde a serem realizadas com estas e outras famílias, de uma forma mais integral e contextual do ponto de vista cultural.

Palavras – chave: Famílias; Representações Sociais; Cuidado Familiar; Itinerários.

ABSTRACT

The present research is resulted of search realized in the Program Profissing Master in Health and Management of the Work by University in Vale do Itajaí – UNIVALI. The objective of this research was to characterize and analyze the social representations on disease experience and the itineraries of healing and cure utilized as social supports by the families on Barra do Rio, Balneário Camboriú – SC. The qualitative method used on this study was based on the Social Representations Theory. The data were collected using systematic observations on the community and interviews with ten families living in an area assisted by the Family Health Program (Programa Saúde da Família – PSF). The interviews were analyzed using the Collective Subject's Discourse – DSC, model to define the social representations expressed by the informants. The results showed that the social representations, including the common sense, ideas, images and conceptions about the world shared by these families could explain the construction of their knowledge on health and disease, as well as such social representations revealed the routes of healing and care used by the families. In addition, the results to think, with understanding by health team of the Family Health Program – PSF, of these social representations may be applied to the development of health improving actions with the participation of the families, taking into account their values, attitudes and beliefs; in the aspect more integral and into context cultural.

Keywords: Families; Social Representations; Family Care; Itinerary.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapas do Município de Balneário Camboriú e sua localização no Estado de Santa Catarina e Região da Amfri.....	63
Figura 2 – Diagrama das Idéias Centrais de Saúde.....	78
Figura 3 – Diagrama das Idéias Centrais de Doença.....	82
Figura 4 – Diagrama das Idéias Centrais dos Itinerários.....	86
Figura 5 – Itinerário de Cura e Cuidado.....	96
Figura 6 – Itinerário de Cura e Cuidado.....	97

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Considerações Iniciais.....	10
1.2 Justificativa.....	12
2. CONTEXTUALIZAÇÃO EPISTEMOLÓGICA.....	17
3. CONTEXTUALIZAÇÃO ORGANIZACIONAL.....	25
4. REFERENCIAL DE DISCUSSÃO.....	33
4.1 Família e Cuidado.....	33
4.2 Itinerário de Cura e Cuidado e Rede Social.....	39
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	45
5.1 Marco Teórico: A Teoria das Representações Sociais.....	45
5.2 Marco Metodológico: A Pesquisa Qualitativa.....	49
5.3 O Local: Barra do Rio.....	56
5.4 Os Informantes: Caracterização Sócio-Cultural e Demográfica das Famílias.....	64
6. OS DISCURSOS: Análise e Discussão das Representações Sociais de Saúde, Doença e Itinerários.....	77
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
REFERÊNCIAS.....	102
APÊNDICES.....	108

1. INTRODUÇÃO

1.1 Considerações Iniciais

Sempre existe a necessidade de estarmos informados sobre o mundo à nossa volta. Além de nos ajustar a ele, precisamos saber como nos comportar, dominá-lo física ou intelectualmente, identificar e resolver os problemas que se apresentam: é por isso que criamos representações.

Frente a esse mundo de objetos, pessoas, acontecimentos ou idéias, não somos apenas automatismos, nem estamos isolados num vazio social: partilhamos esse mundo com os outros, que nos servem de apoio, às vezes de forma convergente, outras pelo conflito, para compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo. Eis porque as representações sociais são tão importantes na vida cotidiana.

Este pensar vem me acompanhando desde os remotos tempos em que fiz a minha opção profissional pela enfermagem em que fui sempre motivada pela busca incessante da compreensão dos diferentes aspectos que compõem a realidade da vida diária, e porque não dizer, estas representações do viver humano.

Desta forma, ao mesmo tempo em que me dedicava à prática assistencial, executando atividades como enfermeira em uma Unidade de Terapia Intensiva, vivenciava os desajustes familiares que a doença grave criava nas famílias. Convivi também com certos arranjos familiares com os quais minha formação tecnicista chocava-se e relutava em aceitar.

Sempre desejei entender as diferentes formas pelas quais as pessoas buscavam resolver seus problemas de saúde, e como enfermeira, não podia deixar de perceber que a família cresce e se desenvolve através do processo de viver, e está sujeita às mudanças nas relações internas e externas, que a atingem de modo diverso. A realidade externa da família abrange inúmeras variáveis que influenciam e transformam o seu modo de viver.

Acredito que foi assim que despertou em mim o interesse em conhecer o universo familiar, a relação entre saúde das famílias e seu modo de viver, bem como suas práticas de enfrentamento diante de adversidades, como por exemplo, a doença.

A oportunidade de dedicar-me à docência surge como um novo momento da minha trajetória profissional, onde se abre a perspectiva de uma visão mais ampla de família e do processo de viver saudável.

Reconhecendo o importante papel da enfermagem junto à família no seu processo de viver saudável. É necessário, pois, conhecer como ela vive para que se possa, então, estabelecer estratégias de intervenção que sejam com ela articuladas. Esse conhecimento também é necessário para que seja possível compartilhar saberes que contribuam para o crescimento da família como unidade competente de promoção da sua própria saúde e de seus membros.

Foi aí que presenciei o surgimento do Mestrado Profissionalizante em Saúde com área de concentração em Saúde da Família, na UNIVALI, instituição em que atuo, trazendo novos compromissos entre os pesquisadores e a comunidade, no sentido não apenas de contribuir para o ensino e a pesquisa, mas também na transformação mais imediata de produção e difusão de conhecimento, buscando critérios não apenas de relevância científica, mas principalmente de relevância social.

Foi com este olhar que despertou o meu interesse, após vários anos dedicados à assistência, e outros tantos à docência, para a realização de um mestrado profissionalizante com a área de concentração em saúde da família.

Neste sentido, comecei uma longa caminhada, que ultrapassou os limites de um cuidar isolado, seguindo um modelo de integração interdisciplinar, que valoriza o ser humano no seu contexto cultural vivido.

De tal forma fui envolvida pela busca do conhecimento interdisciplinar para a atuação com as famílias que optei pela linha de pesquisa “**A família em seu ciclo vital**”, por considerá-la a mais apropriada para desvelar meus questionamentos a cerca do modo como as famílias enfrentam as adversidades e se organizam para o cuidado no domicílio, bem como para a identificação das estratégias utilizadas como itinerários de cura e cuidado nas famílias.

1.2 Justificativa

O cotidiano da maioria das pessoas está repleto de experiências estressantes. Entre os estressores mais temidos no nosso meio está, sem dúvida, a doença, seja qual for a sua característica. Quando esta aparece, é recebido pelas pessoas com grande ansiedade, medo, incerteza e insegurança, pois os planos para o futuro estão quase sempre ameaçados de não acontecer.

Desta forma, diante da insegurança e do medo, a doença é geralmente enfrentada de acordo com os valores e crenças dos envolvidos. Ou seja, as pessoas buscam soluções para suas necessidades em saúde conforme o contexto cultural e social em que se encontram, utilizando-se dos recursos disponíveis, sejam provenientes do seu meio familiar, de práticas tradicionais e alternativas ou dos serviços de saúde formais.

Diante desta realidade, questionada por muitos profissionais da área da saúde, uma das dúvidas mais intrigantes, enquanto praticantes da assistência, é a de conhecer estas estratégias de enfrentamento das famílias, utilizadas quando um dos seus membros adoece, e mais ainda, quando essa doença envolve dependência seja temporária ou permanentemente.

A dúvida existe em função do pouco conhecimento e até mesmo da valorização destes “caminhos” de cura e cuidado procurados.

Para Alves (1993) a experiência da enfermidade reflete o complexo interativo entre grupos sociais, instituições, padrões de relacionamento e um corpo específico de conhecimentos, e se refere aos meios pelos quais os indivíduos e grupos sociais respondem a um dado episódio de doença. Muitas vezes esta resposta baseia-se nas crenças e valores médicos que se institui para o enfrentamento da doença, outras vezes em crenças e valores que tem suas origens nos “saberes” familiares.

A partir de estudos realizados na Antropologia, Alves (1993); Maturana (1997); Walla (2000); Helmann (2003), sabemos que em distintas sociedades e grupos humanos, na busca cotidiana por soluções para problemas de saúde, as pessoas criam itinerários de cura e cuidado, traçados na utilização de diferentes alternativas disponíveis a partir dos conceitos de saúde-doença adquiridos na família e no meio social, conforme a vivência de cada um. O desenvolvimento dos itinerários de cura e cuidado percorre as redes sociais formadas pelas famílias na comunidade, envolvendo seus próprios membros, amigos e vizinhos, serviços públicos e privados,

organizações civis ou religiosas, quaisquer fontes de apoio nas quais encontrem o suporte necessário para o enfrentamento das necessidades percebidas. Assim, as concepções de saúde-doença e as evidências empíricas desenvolvidas por certas comunidades podem estruturar itinerários mais ou menos definidos ao longo das redes sociais nelas construídas (SILVA, 1991).

Entendendo como estes itinerários são importantes, é de nosso interesse conhecer e compreender as representações sociais acerca dos caminhos percorridos pelas famílias, para cura e cuidado, como resposta e/ou enfrentamento da doença no seio familiar.

As representações sociais são fenômenos complexos sempre ativados em ação na vida social. Em sua riqueza como fenômeno, descobrimos diversos elementos, estes, são organizados sempre sob a aparência de um saber que diz algo sobre o estado da realidade. É esta totalidade significativa que, em relação com a ação, encontra-se no centro desta investigação científica.

Considerando-se as diversas situações possíveis nas atividades de cuidado na família em uma sociedade complexa, são também diversas as possibilidades e os recursos empregados para cura e cuidado, sendo assim, é na família que se estabelecem as discussões sobre o processo saúde e doença, bem como dos itinerários que percorrerão para cura e cuidado.

Ora, esses itinerários, segundo o nosso olhar, são permeados pelo intercâmbio do saber técnico e do saber popular. Nisto consistem os aspectos humanísticos da prática assistencial prestada às famílias para a cura e o cuidado, e esse caminho passa por questões éticas e educativas, conforme nos afirmam Silva *et al* (2000); a ética nos lembra o respeito às verdades que os outros trazem em si, a um cuidar sem rótulos, sem idéias pré-concebidas e sem imposição de valores. A educação vai além do encaminhar e do instruir. Ela remete à versão de ser como um campo de possibilidades, aberto à aprendizagem de novos valores em qualquer circunstância e etapas da vida.

Acreditamos que a prática do cuidado com o doente incapacitado/dependente e sua família cuidadora configura-se numa relação de trocas, em que valores e crenças das duas partes são preservados, acomodados e repadronizados, que deve ser permeado por uma relação interativa e afetiva em que o respeito a autonomia do outro sejam constantes.

Portanto, o mundo familiar mostra-se numa vibrante variedade de formas de organização, com crenças, valores e práticas desenvolvidas na busca de soluções para as vicissitudes que a vida vai trazendo. Desconsiderar isso é ter a vã pretensão de colocar essa multiplicidade de manifestações sob a camisa-de-força de uma única forma de emocionar, interpretar, comunicar, desconsiderando o universo de caminhos que essa família percorre durante o processo de instalação da enfermidade, na busca de adaptação e de recursos para a cura e o cuidado.

Sendo assim, a nossa proposta, direcionada para a compreensão das representações sociais, irá caracterizar a relação de saberes e valores dos itinerários populares, observando os diferentes conceitos, valores e práticas, utilizados pelas famílias para escolher e utilizar alguns itinerários de cura e cuidado.

A representação social pode ser caracterizada como uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Geralmente reconhece-se que as representações sociais, enquanto sistemas de interpretação que regem nossa relação com o mundo e com os outros, orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais.

A partir deste conhecimento acreditamos seja possível estabelecer uma relação de confiança e apoio com as famílias, de modo que possamos acompanhá-los nestes itinerários, uma vez que um dos pressupostos nossos, é de que mesmo os serviços formais de saúde são parte destes itinerários, devendo unir saberes e fazeres sem imposição de um sobre o outro.

Considerando as reflexões aqui desenvolvidas nosso problema de pesquisa foi:

Quais as Representações Sociais concebidas pelas famílias com relação as estratégias de enfrentamento escolhidas durante uma enfermidade ?

A partir dessa questão, formulamos os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

Analisar as Representações Sociais das famílias da Barra do Rio sobre conceitos relacionados à experiência da doença e os itinerários de cura e cuidado, adotados como apoio durante o cuidado domiciliar.

Objetivos Específicos

1. Elaborar a caracterização sócio-cultural e demográfica das famílias moradoras da região escolhida para este estudo;
2. Analisar as Representações Sociais sobre os conceitos relacionados a experiência da doença e os itinerários de cura e cuidado adotados como estratégias de apoio no cuidado domiciliar durante as enfermidades;
3. Elaborar uma proposta de socialização da análise dos itinerários de cura e cuidado identificados, observando custo benefício dos envolvidos no processo.

Inicialmente gostaria de colocar que sendo este trabalho parte de um projeto articulado, a construção do terceiro objetivo foi coletiva, e devido a problemas internos não conseguimos realizá-lo, ficando a sua execução delegada a um quarto componente do grupo de projeto articulado, com o compromisso ético de estarmos trabalhando juntos com este colega na sua aplicação prática na comunidade.

Para atingirmos os objetivos propostos, encontramos a necessidade de uma definição clara do ponto de vista sob o qual abordaríamos os itinerários de cura e cuidado. Portanto, para evitar um relativismo extremado, ou uma visão biomédica estritamente positivista optamos por elaborar um capítulo onde apresentássemos uma contextualização epistemológica, com o intuito de introduzir nossa reflexão a cerca dos fenômenos a serem discutidos.

No capítulo seguinte tratamos de fazer uma abordagem geral dos aspectos relacionados ao Sistema Único de Saúde – SUS – abordando seus conceitos e sua evolução história a fim de contextualizar o trabalho uma vez que partimos de uma área de abrangência deste sistema para a realização da pesquisa, de forma que a equipe do Programa de Saúde da Família serviu-nos de apoio, seja para a identificação das famílias, para o agendamento das entrevistas, ou ainda para o fornecimento de dados para a caracterização das mesmas.

A seguir apresentamos uma breve revisão bibliográfica, que inclui o material utilizado por nós para a construção do projeto da pesquisa, a partir dele fomos oportunizados a produzir a discussão dos dados, sendo que se constituíram de

diferentes conceitos relacionados à famílias, cuidado, itinerário de cura e cuidado e representações sociais.

Após passamos a descrição dos procedimentos éticos e metodológicos que foram utilizados ao longo da pesquisa, estabelecendo também neste ponto quais os pressupostos epistemológicos que conduziram às escolhas feitas no sentido de abordar esse tema sob uma perspectiva qualitativa. Ainda aqui apresentamos a teoria da Representação Social como nosso marco teórico, em que a particularidade do estudo das representações sociais é o fato de integrar na análise desses processos a pertença e a participação, sociais ou culturais do sujeito. Para isso apresentamos a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo utilizados no nosso estudo.

Finalizando, apresentamos os resultados da pesquisa, desde a caracterização das famílias estudadas, a análise das entrevistas numa abordagem do Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Lefèvre e Lefèvre (2003), em que produzimos os discursos propriamente ditos, e a discussão destes à luz do nosso referencial teórico na tentativa de alcançarmos os objetivos propostos no estudo. Em seguida encerramos com as considerações finais como uma forma de reflexão sobre o trabalho realizado.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO EPISTEMOLÓGICA

Percebem-se, nos últimos tempos, vários debates sobre os diversos aspectos que constituem o que se compreende por ciência. Para Portocarrero (1994) a ciência é apresentada como uma forma de poder, sobretudo em sua relação com a alta tecnologia que conhecemos.

Reinvindica-se, cada vez mais, a superação de todas as dicotomias sobre as quais se funda o cientificismo, tais como conhecimento e política, ciência e sociedade, teoria e prática, razão e poder, sujeito e objeto. A epistemologia já não é o espaço exclusivo da análise da racionalidade e da linguagem, mas está inteiramente envolvida com as questões científicas. (PORTOCARRERO, 1994).

Conforme Queiroz (2003) a ciência, desde o período renascentista, tem sido concebida em termos do relacionamento isolado entre o pesquisador e a natureza, mediados pelo conhecimento ou pelo saber do pesquisador. Atualmente, a perspectiva desses epistemólogos dá muito mais atenção a fatores tais como a comunidade científica a qual pertence o pesquisador, o conhecimento partilhado por essa comunidade e as correntes sociais, econômicas e culturais mais amplas dentro das quais essa comunidade existe. Assim, a percepção de um mundo natural, independente do mundo humano que o percebe um pressuposto fundamental do positivismo, passa a ser ingênua na medida que não avalia a importância da estrutura perceptiva influenciada pela sociedade e pela cultura na dimensão e no sentido assumidos pelo mundo natural.

Portanto, qualquer descoberta científica que entre em conflito com o paradigma dominante não será aceita pela comunidade acadêmica. Novos conhecimentos só poderão ser reconhecidos nas chamadas revoluções científicas, quando então o paradigma dominante entra em colapso e um novo emerge em sintonia maior com fatores sociais, culturais e econômicos da sociedade mais ampla. De acordo com Queiroz (2003); Oliveira (1995) a história revela muitos exemplos nesse sentido, seja no campo da ciência, seja no da filosofia ou das artes.

Para o mesmo autor, um determinado paradigma pode ser mais ou menos fechado ou aberto, dependendo do contexto social, político, histórico, cultural, econômico e geográfico em que ocorre. Quanto mais aberto ele se manifestar, maior a probabilidade de se tornar mais objetivo e universal. Assim ocorreu na Grécia

antiga, no Renascimento e Iluminismo europeus, para citar apenas uns poucos exemplos mais conhecidos da História.

Vários fatores determinam a formação e subsistência de um paradigma, entre as quais é possível citar de um lado a tradição científica, sua história e desenvolvimento; de outro, a sociedade mais ampla e seus interesses ideológicos, culturais, sociais e econômicos. A influência de cada um desses fatores varia, caso a caso, conforme o contexto em que se manifestam. Assim, o desenvolvimento real da ciência e não a expansão interna do paradigma, só ocorre em circunstâncias raras e especiais, quando um novo paradigma é proposto. (SOUZA, 1999).

Para se apresentar como um método legítimo de obtenção de conhecimentos, a ciência impôs a concepção ideológica positivista que na época que foi instituída expressava uma concepção revolucionária na medida que contrapunha aos princípios teológicos e metafísicos os fatos e a razão como fundamentos da verdade. Segundo essa concepção, Portocarrero (1994) nos afirma que a procura pela verdade seria produzida através de uma atitude neutra e imparcial diante do objeto de conhecimento livre e desinteressada, portanto, de qualquer influência social, econômica, política e cultural. A ciência justificaria a si mesma porque, a qualquer momento, poderia checar experimentalmente uma hipótese ou uma teoria.

A história, contudo, não necessitou de muito tempo para testemunhar a transformação gradual do sentido assumido pela razão positivista, de libertadora no mundo feudal para opressora no mundo burguês. Submetida a uma ordem que preconizava, sobretudo, a intervenção desbravadora na criação de riquezas e de novos mundos, dimensões humanas tais como sensibilidade, intuição e emoção foram despojadas de sua dignidade e relegadas a um plano totalmente secundário. A produção de conhecimento não só prescindia dessas dimensões como exigia uma rígida disciplina para controlar e impedir essas manifestações durante o processo de produção científica (SOUZA, 1999).

Controlando tudo e todos, a razão positivista tornou-se arrogante, e através de sua racionalidade, todas as civilizações e culturas, todos os conhecimentos e saberes foram, de uma forma ou de outra, posicionados em relação àquele que é considerado o mais evoluído e com maior poder de penetração na realidade das coisas: o saber científico produzido pela civilização ocidental moderna. O conceito antropológico de etnocentrismo, ou seja, a tendência de avaliar o “outro” a partir de valores culturais subjetivos, explica essa postura ao apontar a dificuldade de

observar imparcialmente qualquer fenômeno sem impregná-lo com valores pertencentes ao mundo do observador.

Contudo, enquanto parte de um processo histórico e cultural, a racionalidade positivista nunca é totalmente neutra ou desinteressada como pensa ser, uma vez que a escolha e a configuração das perguntas que o método científico impõe à realidade relacionam-se, inevitavelmente, aos valores próprios de um determinado contexto social. O conceito de paradigma de Kuhn (1975) contribui para explicar esse ponto (QUEIROZ, 2003).

De acordo com Kuhn, a “ciência normal” não teria por finalidade produzir conhecimento novo, mas apenas concentrar suas investigações no óbvio determinado pelo paradigma dominante no campo científico. O conceito de paradigma é explicado através de sua analogia com um mapa que norteia e governa a percepção, as perguntas e os procedimentos do cientista diante de seu objeto de conhecimento; ou como uma lente que permite configurar e ordenar certos fatos de uma realidade que, em si mesma, é infinita. Um outro mapa, uma outra lente, ou seja, um outro paradigma, produziria uma configuração diferente da realidade e, conseqüentemente, uma outra ciência.

A partir de uma base teórica completamente diferente da de Kuhn, Popper (1970) rejeita o fato de a ciência normal existir como prisioneira de um determinado paradigma e afirma que a produção de uma ciência verdadeira envolve, necessariamente, uma ruptura com o formato das teorias e expectativas vigentes, da experiência passada e dos condicionamentos impostos pela própria linguagem. É inegável que a Antropologia também apresenta muitos aspectos que traduzem exatamente essa aspiração, ou seja, renunciar a si mesma, no que diz respeito aos valores, crenças, estrutura lógica e lingüística, para poder executar um vertiginoso mergulho na alteridade. Para Popper a produção de uma ciência real implica superar os condicionantes da história, da cultura e de nós mesmos. Realmente, a história registra que o esforço para superar os condicionantes sociais acompanha todas as grandes realizações da arte e da ciência.

Embora esses dois grandes autores contemporâneos, Kuhn e Popper, tenham se digladiado em favor de suas respectivas causas teóricas, suas teorias são complementares, uma vez que a posição que permite reconciliá-las compreende tanto o fato de que a ciência tende a se institucionalizar no interior de uma cultura e de um contexto histórico, como o de sua verdadeira vocação seria desvencilhar

desses constrangimentos em busca de algo que se encontra fora do paradigma dominante. É nesse sentido que a verdadeira ciência se transforma, ao renunciar o seu papel de guardiã da ordem vigente, numa precursora do futuro (OLIVEIRA, 1995).

Ao invés de se desintegrar diante do contato com uma realidade estranha e incompatível com seus valores e medidas, o pensamento científico tem exatamente neste momento a chance de se renovar e de crescer, escapando do enrijecimento dogmático e carência de vigor criativo. O verdadeiro papel da ciência é, portanto, encontrar perspectivas mais universais e objetivas que, embora assentadas num determinado paradigma, transcendam qualquer sociedade, cultura, momento histórico ou atitude individual.

Não é possível ignorar o fato de que o caminhar da ciência ortodoxa, desde o Renascimento, passando pelo Iluminismo, até recentemente, tem acumulado alguns sucessos impressionantes. Ultimamente, no entanto, esse caminho está sendo freado pelos limites da Terra e da Vida, que clamam por uma perspectiva menos desintegradora e mais holística da realidade. O movimento ecológico tem sido um propulsor de peso na elaboração de um novo paradigma científico baseado na idéia de sistema integrado em harmonia de acordo com Capra (1996).

Já para Portocarrero (1994) o limite imposto à possibilidade de conhecimento ao fenômeno, ou à mera relação entre as coisas, ainda que tenha contribuído para um progresso tecnológico sem precedentes, não favorece um desenvolvimento harmonioso do ser humano em sua interação consigo mesmo, com o meio social e com a natureza.

A retomada de questões relacionadas com significado, sentido e valor, aprendidas por faculdades humanas tais como emoção e intuição, com um renovado interesse em nossa época, expressa o fato de que o saber se processa dialeticamente e de que a experiência adquirida pela humanidade nunca é perdida no desenvolvimento da história.

A crise experimentada pela ciência em geral, incapaz de prover respostas a várias questões da maior importância, tanto num plano individual como sociocultural, tem produzido duas atitudes positivas: a diminuição da arrogância que percebia todos os demais saberes como algo inferior e algum interesse dirigido para o entendimento e preservação de formas alternativas de saber. Hoje em dia, há um clima favorável para a divulgação de perspectivas integradoras que possam

contribuir para promover harmonia e desenvolvimento da consciência no ser humano. (LUZ, 1996)

Entre os gregos antigos, os mitos de Hygéia (deusa da saúde) e Asclépios (deus da medicina) simbolizavam dois aspectos importantes da medicina. Para os adeptos de Hygéia, saúde dependia primordialmente de como os homens governavam as suas vidas. Nesse caso, ao médico cabia descobrir como o indivíduo pode melhor se adaptar ao seu meio social e físico através de restrições comportamentais e dietéticas, uma vez que a cura viria sempre da natureza e a doença de um relacionamento inadequado com ela. Nesse sentido, doença implica desajuste, geralmente mediado por relacionamento social desequilibrado. Daí o caráter de culpa e vergonha que acompanhava as doenças durante o mundo antigo e medieval.

Já os seguidores de Asclépios acreditavam que o principal papel do médico é tratar a doença e corrigir as imperfeições trazidas pela vida através de terapias mais "heróicas", sem se preocupar muito em encontrar um modo de vida particular do paciente. A ênfase recaía, portanto, no aspecto sintomático e curativo da medicina.

Conforme Queiroz (2003)¹, a medicina Hipocrática foi uma síntese elaborada a partir dessas duas tendências, visto que ela se preocupa tanto com a doença individual e com os meios para curá-la, como também com a manutenção da saúde dentro de um sistema ecológico em que fatores tais como o ar, a água e o alimento, bem como os climas são vistos como relevantes para a manutenção do equilíbrio biológico.

Durante a Idade Média, a medicina manteve como pressuposto o paradigma aristotélico da unidade orgânica dos seres vivos, sendo a doença a expressão de alterações globais do organismo em interação com o seu meio físico e social.

No século 17, Descartes estabeleceu os métodos para se pensar o corpo humano como máquina. Criou a dicotomia entre mente - uma concepção divina, fora do alcance da ciência - e corpo - um organismo imperfeito que obedece leis mecânicas. Desse modo, a doença aparece como um distúrbio de um dos componentes da máquina humana passível de ser reparado pela intervenção de uma medicina que possa deter o conhecimento das leis que operam essa máquina.

¹ Os aspectos históricos desta evolução da ciência médica que foram discutidos até a página 22, tiveram como referência principal Queiroz, (2003, p. 49-71).

A partir da revolução Industrial, verificou-se uma ruptura fundamental entre saúde e medicina, essa ruptura veio acompanhada da ruptura entre corpo e mente, eu e outro, pessoa e contexto, relações econômicas e comunitárias em um mundo em intenso processo de burocratização e desencanto. Atribui-se a isso, talvez o fato da medicina científica, então emergente, estar impossibilitada em compreender um número muito grande de doenças da atualidade.

No século 19, Pasteur e Koch pensaram ter provado de modo inquestionável que doenças podem ser produzidas pela introdução de um único agente específico (um germe virulento) num organismo até então sadio. A perspectiva desenvolvida por esses cientistas permitiu o estabelecimento do conceito de etiologia específica, que pressupõe uma taxonomia de doenças semelhantes à de plantas e animais. Nessa perspectiva, ocorre a transferência do foco de pesquisa biomédica do hospedeiro e do meio ambiente para o estudo dos microorganismos, do paciente para a doença.

A partir de Pasteur, Koch e Virchow, cada um no seu próprio tempo e a partir de suas descobertas, a medicina pensou ter se tornado uma ciência natural que teria o poder de controlar todas as doenças pela descoberta de antídotos específicos, às suas causas específicas, tendo o indivíduo e não a população como objeto de interesse.

A questão da saúde que, também no século 19, teve desenvolvimento muito promissor na medicina social, concebida por filósofos sociais e cientistas - tendo em Engels e Virchow seus expoentes máximos-, foi relegada a um segundo plano, apesar da clareza com que esses autores demonstraram que as doenças provêm das condições sociais de trabalho e de vida em geral.

No século 20, a ciência médica volta-se cada vez mais para as dimensões moleculares da vida. Caracteriza-se pelo desenvolvimento de medicamentos e vacinas que imprimem um caráter de luta contra doenças infecciosas, aparecem a descoberta da penicilina, dos medicamentos psicoativos, ocorrem avanços importantes na endocrinologia, descobertas de vitaminas, até a era dos transplantes de órgãos e estruturas internas do corpo humano.

O desenvolvimento da medicina a partir da reforma da profissão médica, com o movimento flexneriano, implicou a perda de uma visão unificadora do paciente e deste com seu meio ambiente físico e social. Essa perda começou a ocorrer com a Revolução Industrial, mas só atingiu a sua plenitude no século 20.

A medicina ocidental moderna desenvolveu-se mudando uma cosmologia voltada para a pessoa humana para uma cosmologia voltada para o objeto. Houveram ganhos e perdas nesse processo. Por um lado, houve aperfeiçoamento de técnicas terapêuticas e o desenvolvimento de um corpo consistente de conhecimentos com a concomitante redução da controvérsia sobre a natureza da doença e de seu tratamento; por outro lado, a medicina perdeu sua visão unificadora do paciente em particular e da vida em geral como agentes que resultam, na saúde e na doença, de fatores biológicos. A medicina ocidental moderna necessita recuperar, na sua prática, essa dimensão, porque ela é teoricamente mais rica, equilibrada e próxima das causas reais que envolvem a saúde e a doença em seres humanos. Para isso, ela necessita reordenar o enorme conjunto de conhecimentos e tecnologias até hoje acumulados, como solução para a sua crise e em alternativa ao seu paradigma mecanicista dominante (LUZ, 1988).

A recuperação dessa dimensão significa permitir à medicina um desempenho com maior autonomia das forças de interesses políticos, econômicos e ideológicos da sociedade; significa também postular a necessidade de encontrar instâncias mediadoras que lhe possibilitem manter uma certa distância das influências sociais mais imediatas (PORTOCARRERO, 1994).

Essas influências ocorrem no plano econômico na medida em que, por exemplo, indústrias farmacêuticas de equipamentos hospitalares ou ainda mantenedores de hospitais privados, influenciam a prática médica e direcionam linhas de investigação e de produção de conhecimentos.

Elas se manifestam no plano político tendo em vista que, por exemplo, interesses de manutenção do poder da profissão médica, isolados ou em conjunto com interesses de classe, prevalecem organizando tanto a prática como o saber médicos, para a manutenção do *status quo*.

Elas ocorrem, finalmente, no plano ideológico na medida em que o mito da excelência tecnológica, ou seja, a crença de que problemas humanos podem quase sempre, serem resolvidos por uma solução técnica, reproduz-se na prática e no saber médicos em compatibilidade com o etos da sociedade industrial capitalista.

Nessa perspectiva, articular as dimensões biológicas com as sociológicas e psicológicas na construção social da prática e do saber médicos implica adotar soluções compatíveis com as causas dos problemas de saúde humanos. Essa postura está, evidentemente, relacionada com a construção de uma medicina mais

influenciada pelo pensamento e metodologia científicos e menos influenciada pelas forças primárias que organizam a sociedade capitalista (LUZ, 1988).

Certamente essa reorientação deve começar a ocorrer no campo teórico e científico, ou seja, no campo das idéias para, pouco a pouco, ao minar a resistência dos interesses sócio-econômicos comprometidos com o capital, encontrar condições institucionais para transformar as idéias em práticas. Essa postura é perfeitamente coerente com a interpretação marxista de Gramsci, para quem a revolução no ocidente deve iniciar-se no campo da cultura (SOUZA, 1999).

É pressuposto nosso, portanto e fundamental a esta altura de nossa caminhada que a crise da medicina ocidental moderna refere-se à crise de seu paradigma dominante, a qual se identifica inteiramente com a postura positivista. Os postulados principais do método positivista referem-se a uma completa separação entre sujeito e objeto de pesquisa; ao destaque para o método que se posiciona como intermediário entre o sujeito e o objeto do conhecimento; ao predomínio, entre as faculdades humanas, do intelecto como meio privilegiado de apreensão da realidade.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO ORGANIZACIONAL

O Brasil, como outros diversos países do mundo, vem sofrendo uma série de transformações no campo de suas políticas e ações sociais, sob a tutela e responsabilidade do Estado, em função de uma crescente demanda da sociedade que se manifesta de diferentes formas.

É crescente a pressão e o apoio de organizações nacionais e internacionais no sentido de que os governos venham a reformular ou adotar política públicas na área social para resgatar e conferir a cada um, ou à maioria das pessoas, condições mínimas que assegurem um nível de vida compatível com a condição humana de cidadania.

No Brasil, isso é percebido na área de saúde, tendo em conta a necessidade e as propostas de reformulações e mudanças a serem concretizadas no âmbito do Sistema Nacional de Saúde.

O Sistema de Saúde Brasileiro sofreu e vem sofrendo uma crise de múltiplas dimensões, das quais destacam-se o aspecto financeiro e o de resultados de modo que se passa a exigir uma nova concepção e organização deste setor (LUZ, 1991).

É sabido para todos nós que os princípios e diretrizes norteadoras desta nova concepção e ordem para o setor saúde foram construídos com ampla participação da sociedade, no processo de redemocratização do Estado brasileiro e, no caso da saúde, particularmente do movimento da reforma sanitária, cujo marco inicial, oficialmente se remete às conclusões e deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

Do Movimento da Reforma Sanitária surgiu o elenco de princípios e diretrizes para a reorganização do sistema, estes se transformaram no corpo da nova Constituição do Brasil, promulgada em 1988, assim como contribuiu para as constituições estaduais e Leis Orgânicas dos Municípios, que na sua maioria também contemplaram a questão da saúde.

Mais tarde novos atos administrativos vieram complementar a constituição no que se refere no sistema de saúde, destacando-se as leis de números 8.080/90 e 8.142/90, além de outros atos do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ao longo do Território Brasileiro (BRASIL, 1997).

Portanto devemos lembrar que a ideologia de democratização da oferta de serviços de saúde do SUS ocorreu como uma resposta à crise do setor saúde, que não é um fenômeno exclusivamente brasileiro. Em países centrais, ela ocorreu generalizadamente no interior de duas crises mais amplas: a do Estado de Bem Estar Social e a do Paradigma Mecanicista da Medicina Curativa centrada no hospital e na indústria farmacêutica. Até um certo ponto a crise do bem estar social foi controlada nesses países, por uma política de contenção da demanda, de redução da oferta sanitária e de melhoria no nível de eficiência e eficácia dos serviços prestados (LUZ, 1991).

A crise do paradigma médico está sendo controlada de um modo muito mais lento pela incorporação gradual de dimensões que ampliam o conceito de saúde e doença no cuidado e terapia médica, envolvendo cada vez mais equipes multidisciplinares de trabalho em saúde.

Para dar uma dimensão numérica à impossibilidade de manter o sistema de saúde como vinha ocorrendo, basta citar que há 30 anos os gastos totais em saúde, como proporção do produto nacional bruto, da maioria desses países era em torno de 4%. Hoje, após um período de grande crescimento econômico, a mesma proporção chega, em média, a cerca de 10%, com tendência a um crescimento cada vez maior se forem mantidas as condições de funcionamento anteriores a reorganização do sistema (SOUZA, 1999)

Ao lado dessa crise de financiamento do sistema de saúde, um outro fato se destaca relativo à completa ausência de evidências a comprovar que esse aumento brutal nos gastos tenha revertido numa melhora significativa nos níveis de saúde da população.

Conforme Queiroz (2003) esses fatos sugerem que a saúde de uma população envolve uma dimensão social que, por ser muito mais ampla e complexa, não pode ser reduzida a uma mera questão de oferta de produtos de alta tecnologia hospitalar e farmacêutica. A incapacidade da saúde humana em responder favoravelmente a um maior investimento de esforços e de recursos financeiros nessa área sugere, ainda que a natureza do problema envolve mais do que qualquer outro fator uma definição limitada de saúde baseada exclusivamente na biologia individual.

Ao defender na Conferência Internacional de Alma-Ata a necessidade de se promover uma mudança radical na percepção médica de saúde e doença, a

Organização Mundial da Saúde (OMS) critica o modelo médico hegemônico baseado no hospital e na indústria farmacêutica. Ao mesmo tempo, propõe um conceito de saúde que percebe o ser humano numa dimensão integrada que abrange necessariamente bem-estar psicológico e social. Desse modo, como um direito inalienável de todo indivíduo, os serviços de saúde deveriam pressupor uma cobertura universalizada, hierarquizada, integrada, regionalizada e descentralizada sob controle da comunidade (CHIESA, 2000).

O que se propõe é limitar a medicina hospitalar centrada no aspecto biológico individual de um modo tal que ela deixe de ser dominante e passe a ser subordinada a uma dimensão maior que a envolva e a controle.

Na Conferência de Alma-Ata, em 1978, houve uma recomendação formal do estabelecimento de políticas nacionais de saúde, baseadas na utilização dos recursos da medicina tradicional pelos sistemas nacionais de prestação de serviços de saúde. Tal recomendação procura não só democratizar a oferta do sistema de saúde, como também solucionar a crise do paradigma científico da medicina moderna (LUZ, 1991).

Seguindo uma tendência em escala mundial, a partir da recomendação da OMS, o Brasil também promoveu uma reforma no setor saúde, traduzida na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portanto, o que a Constituição brasileira promulgada em outubro de 1988 propõe, é a construção de um Sistema Único de Saúde, onde a Saúde deve ser entendida como direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução dos riscos de doenças e outros agravos e o acesso universal e igualitário a ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1997).

A aprovação desse texto legal tem sido considerada um grande avanço para a saúde no Brasil. Fruto de quase uma década de lutas pela melhoria da saúde no país, que envolveram diversos segmentos da sociedade como, os movimentos populares de saúde, técnicos, sindicalistas, universidades e outros movimentos sociais, a proposta do SUS incorpora princípios e diretrizes que apontam para o compromisso do Estado em responsabilizar-se por promover as condições necessárias para a saúde dos cidadãos.

Trata-se, pois de uma política pública avançada e que contempla, além do direito à saúde, a participação da população na gestão dos serviços, a integralidade e a equidade das ações como princípios norteadores.

O SUS é definido como uma rede regionalizada e hierarquizada que possui como diretrizes a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade e como princípios a universalidade, a equidade, a igualdade da assistência à saúde, a resolutividade dos serviços.

O Brasil é um país com grandes desigualdades sociais decorrentes do modelo econômico excludente sendo que, nos últimos anos, poucas medidas efetivas tem sido implementadas para diminuir as iniquidades sociais. O processo de implementação do SUS vem acumulando experiências positivas no território nacional, sobretudo em relação à descentralização político-administrativa da rede de serviços; à garantia de acesso universal ao sistema público, com efetiva ampliação de cobertura da assistência à saúde, tanto na rede básica como nos serviços especializados; e ao fortalecimento dos mecanismos de legitimação da participação popular, através da criação de Conselhos Gestores nas diferentes esferas de administração dos serviços (BRASIL, 2000).

No entanto, nos deparamos com inúmeras dificuldades na operacionalização da equidade e integralidade da assistência em saúde, principalmente pela falta de um modelo assistencial que contemplasse a incorporação dessa nova responsabilidade do setor saúde (CHIESA, 2000).

A concretização destes princípios requer, entre outros aspectos, a estruturação de um novo modelo assistencial, cujo foco da atenção não seja dirigido somente ao tratamento das doenças, mas contemple os determinantes das condições de saúde de uma dada população.

Portanto, de acordo com Queiroz (2003) são objetivos do SUS, expressos na constituição, a universalização da assistência, a organização dos serviços sob a forma de redes regionalizadas e hierarquizadas, a descentralização dos serviços, um novo relacionamento entre o setor público e o setor privado e a participação comunitária. Pretende-se, com essas medidas dar um sentido orgânico e hierarquizado a um conjunto de unidades de saúde que antes eram totalmente divorciadas entre si.

Conforme Souza (1999) as unidades de saúde passaram a ter como objetivo principal dar assistência a partir de uma perspectiva que unifique as práticas

médicas individuais e curativas com as práticas coletivas e preventivas. Uma equipe de saúde, que inclui médicos, psicólogos, dentistas, assistentes sociais e enfermeiras entre outros profissionais, deveriam formar o cerne de cada posto de saúde que, por sua vez, receberia equipamentos diagnósticos e clínicos suficientes para conseguir atender a grande maioria dos casos de doenças apresentados pela população.

A municipalização dos serviços de saúde – que se tornou uma realidade na maioria dos municípios dos estados mais desenvolvidos do país – apresenta, em sua implementação prática, muitos problemas e está longe de corresponder aos seus objetivos originais.

Com tal limite, a racionalização do sistema, pretendida com a descentralização e municipalização dos serviços de saúde, deixou praticamente intocado o paradigma positivista que percebe a doença como “coisa” limitada à sua dimensão física cujo espaço se confunde com uma determinada estrutura biológica. Para Queiroz, (2003) o desafio com se depara o desenvolvimento da reforma sanitária refere-se inevitavelmente à reconciliação entre uma clínica que dimensione o caráter individual e subjetivo da doença e o saber contido em várias outras disciplinas tais como a Epidemiologia, a Sociologia, a Psicologia, a Antropologia e a Medicina Social e Coletiva. Nesse novo modelo, as ações de saúde, além de incorporar a assistência médica, devem se organizar por um conjunto de questões que a transcendam, envolvendo basicamente o meio ambiente e a experiência social de vida da comunidade. Uma nova base tecnológica para a implementação desta proposta exige, evidentemente, uma mudança radical nos princípios dominantes da medicina e da saúde inculcados na educação médica e consubstanciados no setor saúde. Portanto saúde coletiva pressupõe a construção de um saber interdisciplinar e uma prática multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

Segundo Chiesa, (2000) com a crise econômica que afeta o Brasil desde o início dos anos 80, a descentralização dos serviços de saúde passou a ser entendida como um meio imprescindível para imprimir uma melhor organização gerencial e um controle democrático do sistema de saúde, em oposição à excessiva centralização administrativa do modelo anterior e à dispendiosa medicina baseada no hospital.

De um modo geral as influências provenientes da OMS, convergiram para o chamado movimento sanitário que, em suma, esperava formular um modelo

administrativo de prestação de serviços de saúde centralizado na comunidade a partir de uma medicina que gravitasse em torno dos verdadeiros problemas de saúde da população. Tal modelo pretendia superar a falsa dicotomia entre medicina social pública e medicina individual privada.

No Brasil, a descentralização político-administrativa das ações de saúde tornou-se um processo irreversível, que vem alterando significativamente a formulação e fiscalização das políticas de saúde e os mecanismos de gestão. A implementação do SUDS, a partir de 1988 – que transfere ao estado o poder decisório para negociar convênios, alocar recursos físicos e financeiros e repassar responsabilidades para as instâncias regionais de planejamento e municípios – e a implementação do SUS a partir de 1989 – que dá ampla autonomia ao município para gerir os serviços públicos de saúde, desde que atendidos os pré-requisitos definidos pela Lei Orgânica de Saúde – constituíram as duas etapas principais desse processo.(LUZ, 1991).

O Programa de Saúde da Família (PSF), foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, e de acordo com Franco; Merhy (1999), sua implantação tem o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência- orientado para a cura de doenças e centrado no hospital. No PSF a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

O PSF foge da concepção usual dos programas tradicionais concebidos no Ministério da Saúde, pois não se trata de uma intervenção pontual no tempo e no espaço e, tampouco, de forma vertical ou paralela às atividades rotineiras dos serviços de saúde. Ao contrário, objetiva a integração e a organização das atividades em um território definido, com um propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, com vistas a mudanças radicais no sistema, de forma articulada e perene (SOUSA, 2000).

Para tanto, O PSF não se constitui em uma proposta paralela na organização dos serviços de saúde e sim numa estratégia de substituição e reestruturação do modelo. Não é uma ação focada nos pobres, muito embora seja necessário tratar de forma diferente os diferentes, e a prática integral é uma de suas características mais

fortes. Uma outra, mas não menos importante característica do PSF, refere-se ao trabalho inter e multidisciplinar, pois não se trata de “médico de família”, mas de uma equipe de saúde da família, onde existe uma definição de competências e co-responsabilidade entre seus membros; onde as unidades de saúde, às quais se vinculam essas equipes, estão sendo re-preparadas histórica, teórica e administrativamente para comportar esse novo processo de cuidar. São esses, portanto, os elementos diferenciadores para a construção de um novo modelo, onde o indivíduo/família e a comunidade são os pilares.

O PSF vem sendo implantado em todas as regiões do país, num número cada vez mais crescente, o que nos mostra o impacto desta estratégia no território nacional.

O aumento do número de equipes de Saúde da Família é um fenômeno irreversível no País, pois a atenção à saúde da família teve grande aceitação no território nacional. Rompendo a tradição de programas tradicionais, sua inovação é a possibilidade de reorganização das atividades através do trabalho em equipe. Estas equipes se constituem de médico, enfermeira, dentista, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários, que atuam dentro de um território definido e com uma população adstrita. Cada equipe deve se responsabilizar por no máximo mil famílias ou 4,5 mil pessoas.

A equipe tem neste contexto importantes compromissos, tais como entender a família e o seu espaço social como núcleo básico da abordagem e não mais o indivíduo isoladamente; prestar assistências integrais, resolutivas, contínuas e de boa qualidade; buscar intervir sobre os fatores de risco; e agir buscando a humanização das práticas de saúde, a criação de vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade; promover o desenvolvimento de ações intersetoriais através de parcerias; promover a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização do serviço e da produção social da saúde; estimular o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e organização da comunidade para efetivo exercício do controle social (SOUZA, 1999).

Desta forma a implantação do PSF traz um novo desafio para os trabalhadores de saúde, o de rever sua prática diante de novos paradigmas. Esta revisão se faz necessária pelo fato de que este programa requer um novo modo de atender as necessidades de saúde do paciente e de sua família, pois ele deve ser

visto de forma integral e, para que isto ocorra, as equipes deverão repensar o processo de trabalho em saúde, adotando novas metodologias, instrumentos de trabalho e conhecimentos. Esta transformação é necessária para enfrentar os graves problemas de saúde da população (MELO; ARAÚJO, 1992).

Assim, o PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo Programa de Saúde da família visa a reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios.

4. REFERENCIAL DE DISCUSSÃO

4.1 Família e Cuidado

Atualmente vem crescendo muito o interesse de diversas áreas do conhecimento pelo estudo sobre a família onde se tem tentado compreender melhor esse grupo humano na sociedade. A família é uma unidade social bastante complexa, e a diversidade dos aspectos que a envolvem nos faz reconhecer que conhecemos somente uma parte de sua realidade.

Ao direcionar o olhar para as famílias, o que percebemos é que cada uma delas busca construir um modo de viver próprio, e que, embora cada família seja única em sua forma de viver, ela faz parte de uma estrutura dinâmica e contínua de interação com o meio que a cerca, assim como a família é fruto do meio cultural em que vive (OSÓRIO, 1996).

As discussões sobre a essência da família, segundo a autor acima citado, vem tomando vulto nos últimos anos e vários estudos e eventos tem sido realizados, focalizando essa organização, não tão fácil de conceituar.

De acordo com Osório (1996) o termo família é definido de modo variável conforme o momento histórico, o espaço geográfico e o contexto social considerados, podendo-se ainda levar em consideração os conceitos criados pelas próprias famílias no desenvolvimento de suas identidades e limites diante da sociedade.

Conforme Engels (2000), a expressão família tem origem no latim "*fammulus*", que significava escravo doméstico, indicando o grupo de escravos de propriedade de um único senhor, origem compatível com as características do poder patriarcal vigente na Roma Antiga. Foi desse modelo patriarcal que derivou as formas anteriores de família, nas quais a descendência matrilinear garantia uma melhor condição social para a mulher. Ainda assim, as modificações da estrutura familiar, não retiraram da mulher o papel central no cuidado aos membros do grupo, desenvolvido desde a primeira divisão social do trabalho, na qual, competiam à mulher aquelas atividades relacionadas à manutenção da vida doméstica, enquanto o homem respondia pelas atividades externas de provedor.

Um grupo de pesquisas e estudos sobre a família (GAPEFAM) de Santa Catarina, define família como uma unidade dinâmica, constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, com uma estrutura e organização para atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida (ELSEN,2002).

De acordo com este grupo os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de adoção, interesses e/ou afetividade. Sendo assim, a família tem identidade própria, possui e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive em um determinado ambiente em interação com outras pessoas e famílias, em diversos níveis de aproximação. Definem objetivos e promove meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem estar de seus membros.

Sobre família saudável, o GAPEFAM construiu o conceito, em que a família é vista como uma unidade que se auto-estima positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização flexível para definir objetivos e prover meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem estar de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por amor e carinho. Tem liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilha crenças, valores e conhecimentos; aceita a individualidade de seus membros, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e as pessoas significativas (ELSEN,2002).

Para os membros deste grupo, a família saudável atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias, em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada. Desenvolve-se com a experiência, construindo a sua história de vida. Enfim, uns conceitos ideais, que inclusive pode ser vivido por distintos tipos de famílias, ainda que não tenham uma atuação tão consciente quanto a descrita por estes pesquisadores.

Osório (1996), sugere que a expressão família seja passível apenas de descrição, mas não de definição, mesmo assim, propõe que certas funções realizadas pela família a caracterizam como elemento central na manutenção da espécie humana e de seus processos evolutivos.

Para o autor acima, mesmo não se permitindo uma conceituação única ou se admitindo um elemento comum a todas as estruturas familiares identificáveis, existe a possibilidade de descrever a família em sua heterogeneidade. Assim, ele propõe uma definição operativa, partindo da idéia de família como unidade básica da interação social, que assume certas funções que caracterizam-na como elemento central na manutenção da espécie humana e agente de seus processos evolutivos.

Partindo da premissa de que a família tem várias funções de apoio e manutenção da vida humana, afirmamos que o cuidado é uma função básica da família.

Szymanski (2002) confirma nossa premissa quando afirma que a família é uma associação de pessoas que escolhe conviver por razões afetivas e assume um compromisso de cuidado mútuo. Essa consideração abrange um grande número de possibilidades que, há séculos, já vem sendo vividas pela humanidade, a despeito das definições “oficiais” de grupo familiar.

Conforme Kaslow (2001, p 41) existem pelo menos nove tipos de composição familiar podem ser consideradas como “família”, são elas:

- 1.família nuclear, incluindo duas gerações, com filhos biológicos;
- 2.famílias extensas, incluindo três ou quatro gerações;
- 3.famílias adotivas temporárias;
- 4.famílias adotivas, que podem ser bi-raciais ou multi culturais;
5. famílias de casais;
- 6.famílias monoparentais, chefiadas por pai ou mãe;
- 7.famílias homossexuais com ou sem crianças;
- 8.famílias reconstituídas depois do divórcio;
- 9.famílias com várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com

forte compromisso mútuo.

Tal diversidade obriga a se mudar o foco da estrutura da família nuclear, como modelo de organização familiar, para a consideração das novas questões referentes à convivência entre as pessoas na família, sua relação com a comunidade mais próxima e com a sociedade mais ampla.

As mudanças na composição familiar, sua visibilidade e o aceite da sociedade exigem que se leve em conta o reflexo destas na sociedade mais ampla, nas formas de se viver em família e nas relações interpessoais. O mesmo é válido para as famílias nucleares, que também tem de assimilar o impacto dessas transformações.

Para compreendê-las e desenvolver projetos de atenção à família, o ponto de partida é o olhar para esse agrupamento humano como um núcleo em torno do qual as pessoas se unem, primordialmente, por razões afetivas, dentro de um projeto de vida em comum, em que compartilham um cotidiano, e, no decorrer das trocas intersubjetivas, transmitem tradições, sua cultura própria, planejam seu futuro, acolhem-se, atendem os idosos, formam crianças e adolescentes.

Nossa consideração da composição familiar, portanto, estará subordinada à questão do modo dos membros familiares agirem uns com os outros em um mundo de transformações, do modo como os membros da família transferem sua cultura, no ser, no viver e no cuidar. Ainda que as teorias sobre as origens da família sejam fundamentadas em funções biológicas ou psicossociais, costumem estruturar a família com base na parentalidade: os papéis paterno e materno no grupo, conforme ressalta Osório (1997), acreditamos que essa realidade é diferente, se considerarmos as mudanças que ocorrem em nossa sociedade, com relação aos envolvimento sociais e familiares que se organizam nos distintos grupos humanos.

Para Szymanski (2002), cada família circula num modo particular de emocionar-se, criando um a “cultura” familiar própria, com seus códigos, com uma sintaxe própria para comunicar-se e interpretar comunicações, com suas regras, ritos e jogos, além disso, há o universo pessoal de significados que são expressos através de ações que são interpretadas num contexto de emoções entrelaçadas com o crivo dos códigos pessoais, familiares e culturais mais amplos.

Portanto, para a autora esta é a família que emerge da análise da observação do cotidiano familiar – a família vivida – que conforme Gomes (1988), pode ser descrita como um grupo de pessoas vivendo numa estrutura hierarquizada, que convive com a proposta de uma ligação afetiva duradoura, incluindo uma relação de cuidado entre os adultos e deles para com as crianças e idosos que aparecem neste contexto.

Assim, família pode ser entendida como a organização de pessoas que convivem numa ligação afetiva, podem ser um homem e uma mulher e filhos biológicos, ou uma mulher, sua afilhada, e um filho adotivo, ou qualquer outro arranjo. “Duradouro” não significa “definitivo”, e as emoções envolvidas numa relação que pode vir a terminar são diferentes daquelas que emergem em situações definidas como definitivas.

Diante dessas contínuas modificações, um modelo de família ideal é tão impraticável quanto a própria definição de família. Essa autora, em estudo com famílias da periferia de São Paulo de baixo nível socioeconômico, verificou que cada pessoa traz diferentes expectativas para esse compromisso inicial, do qual se espera o papel de transmissor da cultura dominante na sociedade, constituindo um modelo de família divulgado pelas instituições como referência. Esse ideal de família serve para comparações por parte das famílias na realidade, uma “outra família” definida como família pensada. Mesmo buscando a inserção nesse modelo, as pessoas vêm-se diante de adaptações cotidianas necessárias, as quais solucionam problemas emergentes, mas ao mesmo tempo afastam-nas da família pensada em direção à família vivida, onde as relações refletem os significados que foram sendo atribuídos ao outro, ao mundo e à vida (SZYMANSKI, 2002).

A coexistência de relações familiares tão diversas ao considerar-se um mesmo contexto espaço-temporal relaciona-se não apenas a especificidades no viver dos membros de cada família, mas também refletem mudanças sociais econômicas e culturais progressivas, particularmente nos países em desenvolvimento como os latino-americanos. Ainda que os modelos tradicionais de família patriarcal continuem sendo utilizados para a estruturação de políticas públicas, as relações conjugais e entre pais e filhos tendem a adquirir maior igualdade, com isso há maior individualidade, a qual pode se sobrepor aos interesses familiares.

Sobre a capacidade da família para cuidar de seus membros ou de seu grupo como tal, Elsen (2002) afirma que pode estar comprometida, diminuída ou ausente em determinadas situações ou fases da trajetória familiar. Situações de crise, relações conflituosas, a organização da sociedade, dos recursos de diferentes naturezas, existentes e disponíveis na comunidade em que a família está inserida, estão diretamente relacionados com a qualidade e a disponibilidade das ações de cuidado.

Para a autora a família é o núcleo de onde se irradia o cuidado. É o local do cuidar, do aprender a cuidar e do cuidar-se, tornando-se o centro de tomada de decisões e da prestação de cuidados. De tal forma, as ações de cuidado surgem no dia a dia das famílias, no conjunto de atividades cotidianas, podendo ser observado nos afazeres domésticos, no convívio com as pessoas, no trabalho, no lazer, no descanso, no passeio, na escola. O cuidado é com a pessoa como um todo, em seu

viver, permeando uma visão de integralidade e totalidade. Não está vinculado somente com situações de doenças, nem com o doente, pois as pessoas não vêm em separado os diferentes momentos de cuidar.

A atividade do cuidado é definida por Leininger como um fenômeno abstrato e concreto relacionado com a assistência, o apoio ou a capacitação de experiências ou de comportamentos para outros ou por outros com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar uma condição humana ou forma de vida. O ato de cuidar surge da incapacidade de um indivíduo para o cuidado consigo mesmo de forma independente, assumindo uma atitude passiva diante da atividade do cuidador (GONÇALVES, 2002).

Num estudo realizado por Budó (1994) sobre o cuidado nas famílias rurais, a autora afirma que na família, em tudo o que é realizado, estão explícitas ações de cuidado ou a sua ausência, que em grande parte das vezes não são percebidos como tal. São atitudes, formas de se alimentar, de trabalhar, de descansar, de procurar ajuda ou ajudar nos momentos de crise, e tantas outras atividades de viver diário, que caracterizam a sua visão de mundo, aprendida e compartilhada com os familiares através das gerações.

Conforme Cartana (1988), Budó (1994) e Elsen (2002) o duplo sentido do cuidado nas gerações é demonstrado seja na literatura, seja na observação da realidade, de tal forma que os mais velhos cuidam dos mais novos em certos momentos, e em outros serão por eles cuidados. Embora as ações de cuidado mais difundidas sejam aquelas que envolvem pais, avós e netos, precisamos reconhecer que elas também ocorrem entre as gerações, como irmãos, esposos e primos. Essas ações podem ser fortalecidas pela rede de suporte social, formada por parentes, amigos e vizinhos.

Muitos estudos tem demonstrado que em situações de crise, e mesmo no cotidiano da vida familiar, as pessoas significativas desempenham um papel importante, cuidando das crianças, orientando, oferecendo ajuda, dando apoio afetivo, psicológico e emocional, promovendo o bem estar individual e o bem viver em grupo. Essas pessoas significativas em qualquer ordem são a composição da rede social, onde a família sempre estará buscando apoio (BUDÓ,1994).

Desta forma, na busca por cuidados à saúde e na própria aquisição do saber relacionado ao cuidar, a rede de apoio social tem um papel importante, identificado

pelos próprios cuidadores na relevância dada ao envolvimento de outros familiares no cuidado (DESSEN e BRAZ,2000; SENA et al 2000).

A existência de uma rede de apoio social é valorizada como um fator contribuinte para o bem estar da família, permitindo que o cuidador familiar tenha oportunidade para evitar o isolamento social e, dedicar-se aos seus papéis familiares específicos, e até mesmo cuidar da sua própria saúde (PARKS; NOVIELLI, 2003; OLIVEIRA, 1998).

4.2 Itinerários de cura e cuidado e Rede Social

Chor et al (2001) realizaram um estudo no qual afirmaram que os conceitos de rede social e apoio social devem ser diferenciados. Neste estudo desenvolveram um instrumento para estudar medidas de rede e apoio social, adotando o conceito de rede social como o conjunto de relações sociais do indivíduo ou grupos envolvendo alguma forma de participação social. No mesmo estudo, definiu-se apoio social como a forma pela qual essas relações correspondem a funções como apoio emocional ou material, sua disponibilidade e qualidade, visando a satisfação do indivíduo. Portanto a rede social atua mais como uma teia de relações sociais, que rodeiam o indivíduo, onde o apoio pode fluir ou não.

Para Silva (1991) os serviços de saúde ao ignorarem o desenvolvimento de diferentes redes de apoio, terminam por não reconhecer que existem muitos itinerários de cura e cuidado, perdendo assim a oportunidade de identificar os possíveis riscos e benefícios neles envolvidos. Mesmo na utilização de recursos do sistema formal tais riscos estão presentes e a eles se somam terapêuticas paralelas e o abandono de tratamentos incompreensíveis para o paciente ou incompatíveis com sua realidade. O conhecimento dos itinerários de cura e cuidado permite a atuação dos profissionais de saúde na prevenção de riscos adicionais e, além disso, possibilita a adequação de suas atividades e orientações de forma culturalmente aceitável, e até mesmo complementar àqueles itinerários potencialmente benéficos.

Os serviços de saúde têm a possibilidade de adquirir confiança por parte do paciente a partir do reconhecimento dos itinerários de cura e cuidado e da demonstração de interesse pelas iniciativas deste, respeitando sua autonomia e negociando alternativas que reduzam riscos à saúde, Nesse processo de reconhecimento dos itinerários de cura e cuidado, surge, ainda, a oportunidade de

conhecer as redes sociais importantes na comunidade ao longo das quais eles se desenvolvem.

É um pressuposto nosso, de que a inserção dos serviços de saúde nessas redes pode fazer com que eles sejam reconhecidos como fonte de apoio, estabelecendo vínculos mais fortes com a população assistida, o que é essencial nas ações de serviços voltados para a atenção primária como os do Programa Saúde da Família (PSF). No PSF, outro ponto de interesse na organização das redes sociais surge da Vigilância à Saúde, na medida em que a garantia de apoio social a famílias em situação de risco, através de uma atuação intersetorial, pode prevenir e colaborar na resolução dos problemas de saúde. Para isso, o conhecimento das redes sociais existentes é um pré-requisito básico.

A partir da identificação dos itinerários de cura e cuidado em determinada comunidade e de sua descrição, torna-se possível conhecer aqueles mais utilizados. A explicação e compreensão dos itinerários constitui-se numa fonte de evidências úteis para a atuação dos profissionais e para a organização dos serviços de saúde. Assim, o estudo dos itinerários de cura e cuidado em suas relações nas redes sociais pode contribuir para uma visão integral do ser humano no seu contexto social, superando as dicotomias entre o sistema formal de saúde e as ações cotidianas de seus clientes diante do processo saúde-doença, de modo a estabelecer um diálogo interdisciplinar entre o saber científico e o popular.

Pensando em todas estas possibilidades, é importante que os profissionais da saúde entendam como a família lida com os fenômenos do processo saúde e doença. É também importante entender a dinâmica e as transformações sociais da família, visto que as pessoas constantemente podem construir novas relações e novas formas de vida familiar. Este contexto repleto de diferenças e mudanças podem afetar as práticas cotidianas da família, as relações entre seus membros e a solicitude entre eles. A solicitude na família pode ser direcionada de forma positiva, com respeito e tolerância, ou de modo deficiente, como pela desconsideração, negligência ou mesmo impedindo o outro de cuidar de si mesmo. Essa solicitude manifesta-se nas práticas cotidianas e nas formas de socialização das famílias, sem uniformidade mesmo em classes sociais inseridas na vida urbana, podendo estender-se desde uma solicitude extremamente controladora, que reprime as expressões individuais de seus membros, criando dependência, até a vivência da solicitude no reconhecimento da legitimidade do outro. Os caminhos que a família

percorre procurando alternativas de cura/cuidado estão envolvidos por esta teia de relações sociais, desde o vizinho, o amigo, o curandeiro, a igreja, o serviço de saúde local (SLUZKI,1997).

Porém essa caminhada ocorre de acordo com os valores culturais que essa família dispõe, pois é na família que se estabelecem as discussões sobre as representações que todos os membros da família fazem do processo saúde e doença, bem como dos itinerários que percorrerão para a cura e o cuidado. A busca por um itinerário de cura e cuidado constituem uma prática inserida na vida familiar, assumindo características peculiares em diferentes épocas e culturas conforme a necessidade das pessoas cuidadas e as possibilidades dos cuidadores e da família (SILVA, 1991).

Ainda, em consonância com a autora supracitada, ao longo dos tempos as pessoas no seio familiar tiveram que buscar vários caminhos e itinerários para realizar a cura e o cuidado na família. No mundo inteiro, através de rituais e cerimônias, com remédios caseiros e uma intensa relação entre curandeiros, doentes e família, a arte de curar foi vivenciada como uma prática muitas vezes única de auxílio aos enfermos.

O que vemos nos dias de hoje, ao observarmos as pessoas que procuram os programas de atendimento à saúde, é que as pessoas buscam esses serviços após terem buscado outras formas de solução de seus problemas, existindo inclusive quem procure concomitantemente os serviços de saúde e as alternativas populares de cura e cuidado disponíveis em seu meio sócio cultural. De acordo com Smilkstein (1997) as buscas por estas alternativas influenciam diretamente no desfecho do processo saúde-doença, seguindo um modelo biopsicossocial atualmente bastante aceito nos meios científicos, visto que aparentemente possuem uma maior resolutividade e causam menos transtornos no cotidiano das famílias, principalmente as de baixa renda.

Essas escolhas são feitas baseadas no patrimônio cultural das famílias e muitas vezes são as únicas possibilidades diante das dificuldades de acesso aos recursos formais da rede pública e privada de saúde, quando não, outras vezes a escolha se dá pela possibilidade que o usuário tem em interagir com o terapeuta, uma vez que os profissionais da saúde muitas vezes não permitem que a fala e o conhecimento do usuário se sobressaia a sua própria fala e conhecimento.

O patrimônio cultural consiste no sistema de valores, atitudes e crenças que orientam todo o comportamento humano. Valores, atitudes e crenças são conceitos cujas características muitas vezes se sobrepõem. Valores são definidos como padrões ou princípios do mérito que influenciam o comportamento das pessoas. Crenças são noções e significados que o indivíduo tem a respeito do mundo, estão associadas ao que a pessoa pensa ser verdade, por isso crê. Atitudes consistem na maneira de pensar e sentir que em combinação com o contexto real, predis põem as pessoas a certa maneira de agir ou se comportar (TRENTINI E SILVA, 1992).

A família constitui-se, então, em uma estrutura única, em relação a sua cultura, estrutura, organização e funcionamento, porém interage com o meio em que se insere, conferindo uma dinâmica a todos os seus elementos particulares através de limites permeáveis com o mundo exterior.

Assim, na busca por cuidados à saúde e na própria aquisição do saber relacionado ao cuidar, a rede de apoio social tem um papel importante, identificado pelos próprios cuidadores na relevância dada ao envolvimento de outros familiares no cuidado (DESSEN e BRAZ., 2000; SENA *et al.*, 2000). A existência de uma rede de apoio social é valorizada como um fator contribuinte para o bem-estar do cuidador, permitindo que o cuidador principal tenha oportunidades para evitar o isolamento social, dedicar-se aos seus papéis familiares como cônjuge ou pai, e mesmo, cuidar da própria saúde (PARKS; NOVIELLI, 2003; GONÇALVES, 2002).

O conceito de rede é identificado tanto nos estudos sobre família como naqueles dirigidos ao cuidado. Tal conceito insere-se numa epistemologia sistêmica, na qual priorizam-se os princípios básicos de organização do todo e não suas partes, pois os sistemas naturais constituem-se em totalidades integradas cujas propriedades não podem ser apreendidas através de sua redução a partes menores como propõe a abordagem cartesiana. Seja o sistema uma galáxia, uma célula ou uma organização social, sua estrutura é caracterizada pelas relações e interdependência entre suas partes de forma dinâmica (CAPRA, 1996).

Um observador ao tomar como objeto as correlações de condutas de ação de um grupo de seres vivos, identifica um sistema social como resultante das interações recorrentes entre tais seres vivos, constituindo uma rede na qual suas características como seres vivos estão estabelecidas pela participação na rede, existindo em relação com a manutenção da própria rede, conservando sua organização e adaptação. Os diferentes sistemas sociais caracterizam-se pela rede de interações

que realizam, seus componentes são selecionados e mantidos na medida em que realizam as condutas características do sistema em questão. Portanto, os sistemas sociais são conservadores de suas características. Ao mesmo tempo, as sociedades são dinâmicas, modificando-se pela perda e incorporação de membros ou pela mudança na conduta de seus membros, o que pode gerar uma mudança no sistema em si (MATURANA, 2002).

Portanto, os papéis familiares e os laços de parentesco podem variar em função do tempo, da cultura e da história da própria família, caracterizando-a como um sistema conceitual, mas não necessariamente um sistema biológico.

Nas redes sociais desenvolve-se o apoio social constituído por qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos (VALLA, 2000).

Teixeira (2002) aponta para necessária diferenciação entre rede social e apoio social, sendo que o apoio pode ou não ser provido pela teia de relações que constitui a rede.

Ao exercerem determinadas funções, as redes oferecem apoio que as capacitam a atuarem como mediadoras em situações de estresse, contribuindo para a manutenção ou favorecendo a recuperação da saúde (VALLA, 2000).

A influência das redes e do apoio social sobre a saúde contempla uma concepção sistêmica de saúde, privilegiando seu aspecto dinâmico, a partir da concepção sistêmica de vida. Nesse sentido, a saúde de um organismo vivo demanda uma flexibilidade deste sistema vivo em suas relações para com os diversos sistemas nos quais está inserido em seu meio, sejam físicos, sociais, econômicos ou ambientais, de forma a adaptar-se às mudanças no meio que é, por sua vez, influenciado pelas mudanças no organismo. Por outro lado, a doença pode ser compreendida como a perda da integração do organismo levando a sintomas como manifestação biológica desta desintegração (CAPRA, 1996).

Os organismos vivos podem ser considerados sistemas autopoieticos: caracterizados por serem fechados em relação ao meio para manutenção de sua estrutura, funcionando como uma rede de elementos que produzem novos elementos para manutenção da própria rede, de forma circular. Tais sistemas autopoieticos deixam de existir no momento em que suas flutuações dinâmicas perdem a congruência com o meio no qual existem. Assim, um ser vivo é definido

por seu próprio sistema e por suas circunstâncias, perdendo seu equilíbrio no momento em que perde sua integração própria ou para com o meio, o que leva a sua extinção (MATURANA, 2002).

Como as redes sociais, incluindo a família, contribuem para a definição das fronteiras do indivíduo e participam de suas relações com o meio, evidencia-se a influência das redes sociais para a manutenção e recuperação da saúde das pessoas. Por sua vez, as condições de saúde da pessoa influenciam a situação de sua rede social. Dessa reciprocidade surgem círculos virtuosos, nos quais a rede é mobilizada em uma contribuição positiva para a saúde, ou círculos viciosos, onde doenças e limitações crônicas produzem efeitos negativos, contribuindo para a desintegração da rede (SLUZKI, 1997).

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 MARCO TEÓRICO: A Teoria das Representações Sociais

Apresentaremos aqui a teoria das Representações Sociais, como o nosso referencial teórico, uma vez que esta teoria marca o avanço na compreensão do saber do senso comum e a tentativa de construir e interpretar o real.

A nossa escolha por tal teoria se deu pela importância da contribuição da mesma à área da saúde, sendo que as representações sociais nos permitem tratar dos fenômenos observáveis sob a forma de diversos elementos: informativos, cognitivos, ideológicos, crenças, valores, atitudes, opiniões, etc.; organizados sempre sob a aparência de um saber que diz algo sobre o estado da realidade.

Por “representação social” entendemos um tipo de saber, socialmente negociado, contido no senso comum e na dimensão cotidiana, que permite ao indivíduo uma visão de mundo e o orienta nos projetos de ação e nas estratégias que desenvolve em seu meio social. As “representações sociais” são conhecimentos culturalmente carregados, que adquirem sentido e significado pleno apenas se forem levados em consideração a situação e o estágio evolutivo em que se manifestam.

O termo “representações sociais ou coletivas” foi empregado pela primeira vez, de um modo consistente e com um sentido moderno, por Durkheim (1957), onde o autor analisa em maior profundidade a relação do pensamento e da lógica de várias sociedades primitivas. Liderados por ele os sociólogos entendiam por representação social um conjunto de idéias, saberes e sentimentos provenientes das estruturas sociais, utilizadas para promover cooperação. O conjunto das representações individuais nunca chegaria à essência das representações coletivas que, além de serem independentes e autônomas, transcendem qualitativamente das primeiras.

A perspectiva durkheimiana influenciou enormemente não só o pensamento sociológico como, no interior deste, todo o desenvolvimento do conceito de “representações sociais”. Essa influência ocorreu principalmente na França, desde um enfoque trazido por Moscovici (1976) no interior da Psicologia Social. Em sua obra Representações e Psicanálise, esse autor pesquisa percepções diferenciais de conceitos básicos da Psicanálise a partir de amostras representativas de seis grupos

populacionais franceses, envolvendo variações quanto ao grau de instrução, ao nível sócio-econômico, à profissão, à ocupação e à residência rural ou urbana. Nesse estudo, o autor deixa claro que o problema do conhecimento humano está fortemente relacionado com o contexto social em que se manifesta (QUEIROZ,2003).

Moscovici remete sua argumentação contra amplas correntes no pensamento psicológico, particularmente a Psicologia Cognitiva, que estuda o processo de aprendizagem, sem qualquer preocupação com as condições sociais de sua produção. Para ele, a separação entre indivíduo e coletividade é entendida como uma falsa dicotomia. Por outro lado, esse autor procura, ao mesmo tempo, superar o esquema universal proposto por Durkheim – que compreende todas as sociedades humanas presentes e passadas, em dimensões sagradas e profanas, públicas e privadas – ao propor uma dimensão mais modesta e operacional, da sociedade empírica cotidiana, do senso comum. Essa nova visão permite apreender a sociedade a partir de uma perspectiva mais dinâmica e menos totalitária do que a apresentada por Durkheim. Ainda que fortemente influenciado por Durkheim, Moscovici desloca suas categorias explicativas, de um espaço essencialmente social para uma dimensão entre o social e o psicológico, o que torna o seu conceito de “representações sociais” mais maleável e operacional, mais dinâmico e multidisciplinar (JODELET, 2004).

Em sintonia com a proposta de Moscovici e sob a égide de Durkheim, outros pesquisadores franceses contemporâneos também contribuíram significativamente na elaboração do conceito de “representações sociais”, com problemática principalmente voltada para a questão da saúde e doença (AVI, 2000).

No Brasil, Moscovici tem influenciado uma importante corrente no interior da Psicologia Social. Surgem assim vários trabalhos importantes e oportunos que, a partir da perspectiva da Psicologia Social, certamente contribuem para a geração de conhecimentos nessa área, que é essencialmente multidisciplinar (QUEIROZ, 2003).

Sendo assim, pensamos ser a teoria das representações sociais, uma forma para a identificação dos itinerários de cura e cuidado nas famílias que necessitam de apoio para o cuidado no domicílio, uma vez que através desta inicia-se uma série de pesquisas, investigações, debates e críticas sobre o assunto dentro do panorama científico.

O mundo em que vivemos exige que nos ajustemos a ele, além disso, precisamos compreendê-lo, conhecê-lo e dominá-lo, afinal diariamente enfrentamos aspectos distintos da realidade, na qual precisamos tomar decisões, fazer escolhas, e até mesmo definir nosso posicionamento. Portanto, segundo Jodelet (2004), é para isso que criamos as Representações Sociais, e sua importância consiste em guiar-nos, de modo a definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma defensiva.

Com as representações sociais, tratamos de fenômenos observáveis diretamente ou reconstruídos por um trabalho científico. De alguns anos para cá, estes fenômenos vêm-se tornando um assunto central para as ciências humanas. Em torno deles constituiu-se um domínio de pesquisa dotado de instrumentos conceituais e metodológicos próprios, que interessa a várias disciplinas.

Na realidade, a observação das representações sociais é algo natural em muitas ocasiões, pois estas circulam nos discursos e são veiculadas pelas palavras e imagens (JODELET, 2004).

A Teoria das Representações Sociais vem se colocando como uma teoria marcada pelo avanço na compreensão do saber do senso comum e a tentativa de construir e interpretar o real (AVI. 2000).

De acordo com Jovchelovitch (1997) Moscovici resgata o entendimento de que o saber social, sendo simbólico, é de uma só vez produto da ação, da comunicação e da construção do sujeito.

A Teoria das Representações Sociais vem desmistificar a presunção absoluta da ciência, onde o que é bom é o científico e o resto passa a ser desconsiderado, como se fosse bobagem. Valoriza o saber do senso comum independente da formalização científica, supõe um respeito a todos os saberes, pois considera que há várias maneiras de se ver as coisas, ou seja, parte de um pluralismo democrático.

Conceituar Representação Social é uma tarefa difícil. O próprio Moscovici recusa-se em apresentar uma definição exata e sugere ser este um fenômeno que necessite de investigações e teorias. Ele achava que a definição deveria ser o resultado de dados empíricos, pois considera o ser humano singular, único, irrepitível e pessoal. Um sujeito de relações, que de acordo com Guareschi (1996), se caracteriza pela subjetividade humana, que é o resultado de milhões de relações que possuem sempre uma dimensão ética.

Sendo assim podemos dizer que Representação Social é um saber do senso comum, socialmente construído e partilhado sobre determinada coisa em um contexto social, físico e cultural. Esta possui uma proposta dinâmica e explicativa dos fenômenos dentro de uma dimensão histórica e transformadora, compreendendo aspectos culturais, cognitivos e valorativos ligados a questões ideológicas presentes nos objetos e nos sujeitos.

Para compreender o fenômeno da Representação Social pode-se começar como o próprio Moscovici afirmou, perguntando: “por que criamos essas representações?” Pode-se responder que o propósito é o de transformar tudo aquilo que não é familiar em familiar. Neste sentido, a teoria das representações sociais nos ajuda a tornar familiar o que não é familiar. Para nos auxiliar neste fenômeno existem dois processos geradores da Representação social: ancoragem e objetivação.

O ancorar consiste em fixar algo em uma coisa que já é conhecida. Ou seja, sabemos bem o que é algo, e a partir daí aquilo que não lhe é familiar, que não está claro, é ancorado naquilo que é conhecido. Um processo que transforma algo estranho em categorias comuns, familiares.

Já o processo de objetivação visa transformar algo abstrato em algo concreto. O que está na mente você transfere para o físico, a fim de tornar visível uma realidade, o que possibilita tornar o novo conhecido a partir do que já se conhece.

Para Spink (1995) as Representações Sociais procuram não somente reabilitar o senso comum como forma válida de conhecimento, como também situar tal conhecimento numa teia de significados, criando assim efetivamente a realidade social que se constitui através de relações. Levam em consideração os diferentes momentos e aspectos sócio-histórico que tecem a teia da construção dos significados sociais; ou seja, as Representações Sociais são elaboradas a partir de um campo socialmente estruturado.

A Teoria das Representações Sociais reconhece que o conhecimento se transforma à medida que circula para além de seu contexto de produção. Spink (1995) considera que as representações sociais se constituem tanto em percepção como em ação, pois nossas ações são motivadas, guiadas, planejadas e justificadas em prejuízo de nossas estruturas simbólica.

Compreendemos então que a teoria das Representações Sociais amplia a compreensão do que é o social, valoriza o saber do senso comum, desmistificando a

presunção absoluta da ciência; o conceito de Representação Social fica atrelado a uma teoria de maior abrangência explicativa causal; apresenta uma compreensão da dialética que se estabelece entre o indivíduo e a sociedade, voltando sua atenção para a relação entre os dois; recupera-se um sujeito que na relação objeto–mundo constrói tanto o mundo como a si mesmo (AVI, 2000).

5.2 MARCO METODOLÓGICO: A Pesquisa Qualitativa

A ciência pretende representar a realidade a partir da cognição de forma objetiva (TESSER; LUZ, 2002). Na busca por imagens fiéis da realidade, a ciência desconfia dos sentidos, embasando-se numa linguagem específica para representar a natureza. O discurso científico define-se superior a outras formas de representação da realidade, alegando não conter dogmas em seus resultados, pois suas representações caracterizam-se por serem provisórias: as teorias vigentes são hipóteses ainda não refutadas. No entanto, para manter a especificidade do discurso científico, o dogma se estabelece no método. Os fenômenos que se prestam à abordagem pelo método científico são definidos como científicos, ou seja, reais. Outros fenômenos, que estejam além da capacidade de verificação do método científico, são definidos como não-científicos, sem interesse para a representação científica da realidade. A linguagem científica costuma aderir mais facilmente aos fenômenos quantificáveis em razão de seu método (ALVES, 2003).

As tentativas de estudar as facetas não-quantificáveis da realidade constituem as pesquisas qualitativas. As pesquisas qualitativas costumam serem criticadas quanto a sua cientificidade pela imprecisão que lhes é característica, admitindo a impossibilidade de representar objetivamente uma realidade externa, e por suas conclusões não serem generalizáveis além de um dado contexto. Porém, avançam à medida que estabelecem condutas mais precisas para sua orientação a cada passo e abordam uma porção significativa do que é real. Essa realidade não-quantificável compreende os motivos pelos quais as pessoas agem, inclusive pelos quais fazem ciência (ALVES, 2003; MINAYO, 1994).

Quando se entra no campo da pesquisa com uma perspectiva social, deve-se ter em mente que os seres humanos dão sentido à realidade que os cerca, aos outros e a si mesmos, e é por essa característica que se diferenciam dos outros

seres vivos. Há vários fenômenos que são estudados pelas ciências sociais, alguns podem ser vistos dentro de uma dimensão quantitativa, quando, porém tratamos de representações sociais, estamos procurando descrever e compreender um fenômeno que está impregnado de significados que o contexto lhe conferiu, neste sentido, é o produto de uma visão subjetiva.

A Teoria das Representações Sociais, sendo uma teoria que tenta dar conta do senso comum, através de suas técnicas de investigação possibilita *insights* importantes que, de outra forma, não seriam obtidos. Spink (1995) destaca que as representações são campos estruturados socialmente, e que as representações sociais são expressões da realidade do indivíduo, capazes de criar e transformar estas mesmas realidades. Um estudo que tenha como marco teórico as representações sociais deve adotar um método que se ajuste ao fenômeno estudado, o problema de pesquisa e os caminhos que se quer alcançar. Por isso adotamos as escolhas que apresentamos a seguir.

As famílias, incluindo seus membros cuidadores e sob cuidados, constituem-se em sistemas sociais cujas relações são estabelecidas através de redes sociais. As redes sociais são, por sua vez, sistemas de conversações nos quais se criam consensos, inclusive no tocante aos comportamentos frente ao processo saúde-doença. As narrativas criadas ao longo do processo de adoecer, a partir do contexto sócio-cultural das famílias e suas redes, contribuem para a realização de determinadas escolhas visando resolver os eventos de doença, possibilitando a reconstrução de um itinerário de cura e cuidado ao se resgatar a seqüência de ações desenvolvidas e seus significados nesse processo (MATURANA, 1997; SLUZKI, 1997; ALVES, 1993).

Deste modo o estudo a que nos propusemos foi de natureza qualitativa, esta opção baseou-se no fato de que as abordagens qualitativas são capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 1994).

O significado e a intencionalidade ocupam posições centrais na pesquisa qualitativa; nesta, o significado é na maioria das vezes, resgatado através da análise dos discursos dos atores enquanto “sujeitos” da pesquisa e enquanto sujeitos

sociais. Os ditos sujeitos nos fornecem, através da mediação discursiva, as representações que compõem a parte subjetiva dos trabalhos. Podemos então compreendê-los como sujeitos coletivos, uma vez que o depoimento de um sujeito, enquanto sujeito social, expressa o discurso de muitos sujeitos individuais. Podemos dizer que a abordagem qualitativa nos permite reconstruir as representações sociais, a quais recebem significados dos atores sociais (MINAYO, 1994).

A pesquisa de referências para um embasamento teórico, envolvendo teorias e estudos prévios relacionados com família, cuidador, redes sociais, apoio social e itinerário de cura e cuidado, constituiu um primeiro momento do estudo. Esses referenciais foram complementados por informações sobre a comunidade onde foi realizada a pesquisa, incluindo dados históricos, geográficos, demográficos, epidemiológicos e sócio econômicos, que foram obtidos de fontes secundárias.

Uma vez iniciada essa introdução ao trabalho de campo, desenvolvemos a entrada no campo, visando reconhecer o local de estudo, identificando e contatando os sujeitos a serem envolvidos no estudo (PATRÍCIO *et al*, 1999). A amostragem no sentido qualitativo contempla a inclusão de informantes representativos do fenômeno investigado (DESLANDES, 1994).

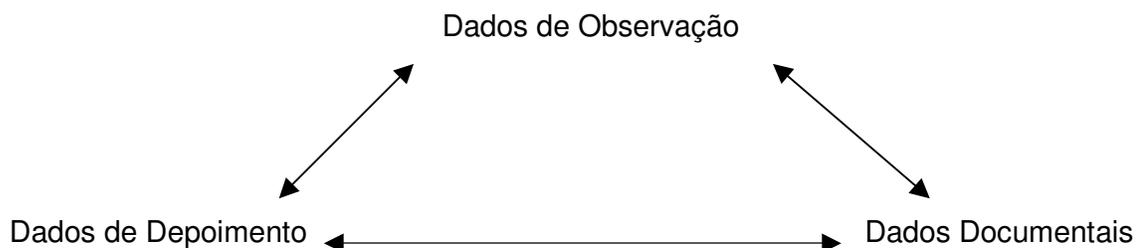
A entrada no campo foi então precedida no nosso trabalho pelo relatório do projeto de pesquisa do PIPG² (“Riscos Potenciais à Saúde em Itinerários de Cura e Cuidado Observados por Agentes de Saúde que Visitam Famílias com Pessoas sob Cuidados Domiciliares”), realizado por um dos nossos colegas de grupo de projeto articulado, a partir do qual pudemos definir o perfil desejado para os informantes de nossa pesquisa, claro que levamos também em consideração os objetivos de cada um dos projetos individuais. A partir dos resultados encontrados no PIPG, originou-se a proposta do projeto do colega de mestrado Alessandro da Silva Scholze, que constitui no Mapeamento das redes sociais e itinerários de cura e cuidado para a configuração de uma rede de apoio social. Como tínhamos uma proposta no Mestrado de trabalhar com projetos articulados, sob a orientação de uma única professora num tema afim, deste projeto é que se originou os outros dois, o do colega Dagoberto Mior de Paula que versou sobre: “Família e Cuidados Domiciliares: uma Proposta de Identificação das Redes de Apoio e Suporte

² PIPG é um programa que objetiva fomentar a integração nos Cursos de Mestrado da UNIVALI, visando a estreita articulação entre graduação e pós-graduação através da construção de projetos conjuntos de pesquisa que versem sobre o tema a ser trabalhado pelo mestrando.

Utilizados no Domicílio”, e o nosso onde damos enfoque ao tema cuidado na família, baseando-se no que teria sido a nossa primeira proposta no início do mestrado. As primeiras famílias escolhidas caracterizavam-se por incluírem pessoas com problemas crônicos de saúde, sendo cuidadas por seus familiares e recebendo visitas domiciliares regulares da equipe do PSF.

O contato com as pessoas para fins de pesquisa foi precedido da apresentação do projeto para a coordenação da Unidade Básica de Saúde da Barra do Rio, a fim de que obtivéssemos seu consentimento para a realização do estudo. A seguir, o projeto foi apresentado para os informantes previamente selecionados como possíveis colaboradores, solicitando seu consentimento livre e esclarecido para participação na pesquisa (Apêndice 1). Os informantes foram inicialmente abordados para definir os horários e locais convenientes com o pesquisador, estes foram invariavelmente a residência dos informantes, e no período da tarde. O roteiro de entrevista semi estruturada utilizado foi construído de forma comum para os projetos do grupo de modo a abarcar os objetivos específicos de cada pesquisador. (Apêndice 2)

Desde a entrada no campo foram coletados dados no trabalho de campo através da observação sistemática das pessoas e ambientes, passando-se no momento denominado “ficando no campo” para a inclusão de entrevistas semi-estruturadas com as famílias participantes (PATRÍCIO et al, 1999). Utilizamos, portanto, os procedimentos que compõem a triangulação de informações.



Partindo dessa premissa, parte da nossa coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi estruturadas, utilizando-se de gravação magnética com posterior transcrição de fitas. A entrevista é uma forma de interação social, ou seja, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra

se apresenta como fonte de informação. Para Minayo (1994), na entrevista intencionalmente o pesquisador recolhe informações através da fala dos atores sociais.

O que pretendemos com a escolha da entrevista como técnica da pesquisa foi superar a limitação implícita na compreensão dos campos através de dados que poderíamos chamar de objetivos.

As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores que faziam parte do projeto articulado. A disponibilidade para a presença de todos em cada entrevista foi variável, de modo que realizamos algumas entrevistas individualmente, mas preferencialmente estas foram conduzidas por dois ou três membros do grupo.

Originalmente nosso grupo havia definido uma amostra de cerca de 15 famílias. Uma vez completadas as primeiras cinco entrevistas com aquele perfil inicial, decidimos modificar as características dos informantes buscados, objetivando evidenciar a heterogeneidade da população, pois os dados coletados já indicavam saturação.

Assim as entrevistas seguintes foram realizadas mediante o mesmo processo anterior, porém buscando pessoas que tivessem uma participação mais ampla na questão dos cuidados com saúde dentro da comunidade. Baseando-se nos resultados do PIPG e das observações do colega Alessandro da Silva Scholze, como membro da equipe do PSF, identificamos outras quatro famílias: a de uma participante da pastoral da saúde, de uma massagista que trabalhava com terapias espíritas, um casal de avós que cuidava dos netos e de uma moradora que acompanhava parentes nas consultas médicas.

Ainda assim percebemos a necessidade de modificar a forma de acesso aos entrevistados, a fim de ampliar a visão dos itinerários de cura e cuidado e as redes de apoio utilizadas, procuramos obter concepções de pessoas que não usassem com muita frequência o PSF. Para tal contatamos com famílias pouco usuárias do Posto através de ACS de diferentes microáreas. Estas entrevistas foram realizadas por mim para também identificar possíveis vieses relacionados à presença de um membro da equipe do PSF durante as entrevistas.

Apesar das mudanças realizadas não identificamos uma variabilidade significativa das respostas, o que nos levou a concluir as pesquisas encerrando com um total de 11 famílias entrevistadas. Lembramos que destas uma foi excluída

devido a problemas na transcrição, o que nos conferiu uma amostra total de 10 famílias.

A análise dos dados se deu a partir da utilização de quatro figuras metodológicas, a saber: a idéia central, as expressões chaves, a ancoragem e o discurso do sujeito coletivo; esta forma de análise, ancorada na teoria das representações sociais se denomina de discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

Para efeito de análise dos depoimentos, a idéia central poderia ser entendida como a síntese do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos. São afirmações, negações e dúvidas a respeito da realidade institucional ou do contexto social onde os sujeitos estão envolvidos.

O desdobramento é outra figura, utilizada apenas com finalidade didática, com vistas a facilitar a análise discursiva da idéia central. É utilizada quando, da idéia central, são derivadas uma ou mais idéias.

As expressões chaves são trechos selecionados dos discursos, que ilustram as idéias centrais e a ancoragem. Busca-se aqui o resgate da literalidade do depoimento. Ou seja, as expressões-chave são uma espécie de prova “discursivo-empírica” da “verdade” das idéias centrais e das ancoragens. E o discurso do sujeito coletivo (DSC) é uma estratégia metodológica com vistas a tornar mais clara uma dada representação social. Consiste na reunião, num só discurso-síntese, de vários discursos individuais emitidos como resposta a uma mesma questão de pesquisa, por sujeitos social e institucionalmente equivalente ou que fazem parte de uma mesma cultura organizacional e de um grupo social homogêneo na medida em que os indivíduos que fazem parte deste grupo ocupam a mesma ou posição vizinha num dado campo social. O DSC é então uma forma de expressar diretamente a representação social de um dado sujeito social.

De acordo com Jodelet (1998) entender-se-á, inspirado na Representação Social, que um discurso está ancorado quando é possível extrair dele as mesmas teorias, hipóteses, conceitos, ideologias que, no inconsciente do indivíduo, (enquanto internalizador destas teorias, conceitos, ideologias existentes na sociedade e na cultura) alicerçam o dito discurso.

Desta forma, todos os discursos veiculam uma afirmação, um posicionamento do sujeito sobre o tema que lhe está sendo perguntado. O dito posicionamento, contudo, pode ou não apresentar uma ancoragem explícita.

O resgate da ancoragem é fundamental na medida em que permite operar a ligação entre o objetivo e o subjetivo tal como se expressa nos discursos. O destaque dado à ancoragem tem uma inegável motivação prática. Com efeito, quando se for trabalhar educativamente, seja com a população, seja com profissionais de saúde, parece-nos da mais alta importância tornar manifesto, para eles as teorias, ideologias, conceitos, que mesmo inconscientemente, fazem parte de suas práticas cotidianas e profissionais.

O sujeito social é discursivamente equivalente ao sujeito individual, portador e emissor de um discurso concreto, atestado; é equivalente, ainda que não idêntico, na medida em que o sujeito do discurso coletivo também é passível de ser visto como portador de um dado discurso, ainda que não exista concretamente como emissor deste discurso, já que se trata de um sujeito abstrato, reconstruído.

O conteúdo do DSC é composto por aquilo que um dado sujeito individual falou e também impõe aquilo que poderia ter falado e que seu “companheiro de coletividade” atualizou “por ele” já que o DSC é a expressão concreta do imaginário do campo a que ambos pertencem e da posição que ocupam dentro deste campo. Em síntese, o DSC é como se o discurso de todos fosse o discurso de um.

Em termos metodológicos, o processo da construção do DSC deve ser transparente aparecendo ele, sempre que possível, ao lado dos discursos individuais dos sujeitos, com vistas a que a necessária arbitrariedade presente na sua construção possa ser avaliada e, se for o caso, refutada pelo leitor (SIMIONI, et al,1996).

As idéias centrais e ancoragens identificadas nos depoimentos de cada informante foram listadas conjuntamente para cada pergunta respondida. Aquelas idéias centrais identificadas como equivalentes foram instituídas como categorias que somaram respostas de diferentes informantes sob uma mesma denominação de modo a preservar a idéia central de cada um deles. Com isso, foi possível chegar ao discurso do sujeito coletivo em cada questão, ou seja, um discurso que sintetizava as falas de todos os indivíduos entrevistados, encadeando-se as expressões chaves de forma coerente. O DSC é construído pelo pesquisador, o qual reúne diferentes fragmentos dos discursos individuais, transformando-os em uma macroposição. Desse modo, o DSC constitui-se daquilo que um indivíduo respondeu e das contribuições feitas por outros membros da mesma coletividade, mas que poderiam

ter sido daquele primeiro, já que todos compartilham do mesmo imaginário (LEFÈVRE,LEFÈVRE,2003).

A análise teórica foi utilizada para os dados coletados a partir das observações e documentos, sendo integrada à análise das entrevistas a fim de situar a fala dos entrevistados no contexto de vida destes.

Nossa proposta inicial era desenvolver o momento determinado com “saída do campo” (PATRÍCIO *et al*, 1999) com cada família participante quando as informações oferecidas fossem consideradas suficientes para o processo de análise, solicitando-se a contribuição dos sujeitos da pesquisa na validação dos dados. Porém, em razão da dinâmica interna do grupo de orientação do projeto articulado e como resultado de discussões em conjunto com a orientadora, o objetivo relacionado à aplicação na comunidade dos resultados do projeto de cada um dos três pesquisadores que coletaram dados foi transferido para um quarto membro do grupo o psicólogo Luiz Antônio Vicente, que prosseguirá com o trabalho iniciado em fase posterior à defesa desta dissertação.

Esses objetivos que passaram a constituir os objetivos específicos do quarto projeto individual diziam respeito ao desenvolvimento de atividades em grupo envolvendo os profissionais do PSF da Barra e/ou as famílias que participaram dos estudos. Pretendemos, desse modo retornar ao campo em conjunto através desse quarto projeto com a finalidade de integrar os resultados de cada uma das pesquisas individuais, realizando encontros com os interessados entre os profissionais de saúde das equipes do Programa Saúde da Família e entre as famílias para uma devolução dos dados e proposição de ações para a integração das redes sociais e itinerários de cura e cuidados nas atividades do PSF da Barra do Rio.

5.3 O LOCAL: Barra do Rio

O bairro da Barra do Rio constituiu-se como o núcleo original de povoamento europeu da região onde hoje se encontra o município do qual faz parte, Balneário Camboriú, em Santa Catarina. A Barra, como os habitantes locais costumam se referir ao bairro, situa-se na região Sul da cidade, fazendo divisa com o município de Itapema nesse sentido, separado do Centro ao Norte pelo Rio Camboriú. Ao Oeste limita-se pela BR 101, a qual separa a Barra dos bairros Nova Esperança e Vila

Real. E a Leste encontra-se o Oceano Atlântico (Secretaria Municipal de Turismo, 2004).

Reunimos, inicialmente, algumas informações históricas, com base nas obras de Correia (1985) e Rebelo (1997), de modo a retratar o desenvolvimento da comunidade da Barra a partir da colonização portuguesa, cujas características culturais permanecem marcantes entre a população local. Existem relatos referentes à colonização desde 1758 com algumas famílias de imigrantes portugueses que já moravam na margem esquerda do rio Camboriú, mas somente em 1826 o colono Baltazar Pinto Corrêa recebeu do Governo da Província de Santa Catarina uma área de terra para cultivo e moradia, na localidade que hoje se chama Bairro dos Pioneiros, ao norte de Balneário Camboriú. Por volta de 1840 foi autorizada pela Arquidiocese de Florianópolis a construção de uma igreja, hoje tombada como Patrimônio Histórico Municipal, e a partir disso foi criado o Arraial do Bom Sucesso. Paralelamente o governo provincial elevou o local a Distrito do Arraial do Bom Sucesso, na localidade da Barra do Rio Camboriú e, em 1884, criou-se o município de Camboriú. O nome do município, de origem tupi, evolui a partir de citações como Camboriasu em 1779 até chegar a uma referência de Henrique Boiteux como Camborihu; que significa rio de muito robalo ou criadouro de robalo, peixe muito comum nesta região.

A forte economia cafeeira encontrou em Camboriú o lugar ideal, fazendo com que por muito tempo o município fosse o principal produtor de café do estado. A exploração das jazidas de mármore, granito e calcário também se destacaram na atividade econômica. Como a agricultura era valorizada e a faixa litorânea desprezada, a sede do município transferiu-se para o Arraial dos Garcias e a antiga sede na Barra constituiu-se no Distrito de Paz.

No final da década de 1920 teve início o processo de desenvolvimento, quando, em 1926, começam a surgir as primeiras casas de veraneios no centro da praia, pertencentes a moradores de Blumenau. Em 1928 surge o primeiro hotel e, seis meses após, o segundo empreendimento hoteleiro.

Os alemães do Vale do Itajaí trouxeram para a cidade o hábito de ir à praia como lazer, pois até então só era conhecido o banho de mar como tratamento medicinal ou pesca, os colonos achavam que mandar alguém para a praia era uma

ofensa. Durante a segunda guerra mundial (1939-1945) os alemães mantiveram-se afastados da praia para não serem hostilizados, já que o exército brasileiro usou os hotéis e as moradias da praia como observatórios da costa brasileira. Com o fim do conflito reiniciou-se o fluxo turístico.

Mas foi na década de 60 que a atividade turística tomou impulso, colocando a localidade como grande centro turístico brasileiro. Em 20 de outubro de 1954 foi criado o Distrito da Praia de Camboriú, mas somente cinco anos depois através de uma resolução foi aprovada pela Câmara Municipal de Vereadores, quando a faixa litorânea tornou-se de fato um Distrito da Praia de Camboriú em 04 de novembro de 1959. Posteriormente, em 1964, foi criado o Município de Balneário de Camboriú. Quatro anos após a instalação do município a Câmara de Vereadores suprimiu o “de” do nome do município e este passou a se chamar Balneário Camboriú.

Balneário Camboriú localiza-se no Centro do Litoral Catarinense, na Micro Região da Foz do Rio Itajaí-Açú. Seu território é de pouco mais de 46 Km², dividida politicamente em 14 áreas, sendo o centro da cidade, 12 bairros e a região das praias agrestes. Seus limites atuais são: ao Norte, Itajaí; ao Sul, Itapema; a Leste, o Oceano Atlântico; a Oeste, Camboriú. A população estimada em 2004 era de 90.461 habitantes, vivendo todos em área urbana (IBGE, 2005).

No bairro da Barra encontramos o maior número de nativos de Balneário Camboriú. Este bairro é a ligação da Linha de Acesso as Praias, ou Interpraias, a todas as praias do sul do município. Possui área territorial de 3.389.880,009 m² e população de 4.220 habitantes, segundo Rebelo (1997).

Nessa região localiza-se o parque Unipraias, atração turística com acesso por bondinhos aéreos partindo da Barra Sul de Balneário Camboriú, que se estende até a praia de Laranjeiras incluindo áreas sobre os morros à beira-mar. Ao Sul de Laranjeiras, para onde há acesso terrestre pela Interpraias, chega-se às praias de Taquaras, Estaleiro e Estaleirinho e, seguindo pela BR 101, até Mato Camboriú. Outro atrativo turístico é a Igreja de Nossa Senhora do Bom Sucesso, datada de 1857, em estilo português, construída com argamassa de óleo de baleia.

Ainda que não encontremos uma atividade turística intensa na Barra, que serve mais comumente de caminho até as praias ao sul, a construção da Linha de

Acesso às Praias e a instalação do parque Unipraias tornou o fluxo de turistas e moradores do centro mais intenso com a facilitação do acesso. A recíproca ainda não era verdadeira, pois o trajeto para os moradores da Barra até o centro envolvia, para aqueles que não dispunham de carro, o acostamento da BR 101 ou as bateiras³ que atravessavam o Rio Camboriú, recentemente reforçadas por uma balsa, além dos limitados horários de ônibus.

Evidenciou-se, nos últimos tempos, a valorização imobiliária decorrente dessas mudanças, principalmente nas áreas próximas ao rio, onde surgiram loteamentos planejados e condomínios fechados, acompanhados de um comércio incipiente. No entanto, os morros abrigavam, além das pedreiras para extração de granito, pequenas favelas em franco desenvolvimento, configurando locais de risco ambiental. Também nas áreas mais distantes do rio proliferavam residências com estruturas precárias, apesar da urbanização desenvolvida na última década. A infraestrutura local era bastante diversa conforme a região considerada, enquanto a maior parte das ruas era de terra, as vias centrais próximas à Praça do Pescador, e servindo de caminho para a Interpraias ou até a BR 101, eram asfaltadas. Os córregos encontrados no bairro recebiam dejetos domésticos e das peixarias locais, como canais de esgoto a céu aberto que desaguavam no rio Camboriú, exalando odores pútridos intensos, especialmente em dias quentes.

As áreas mais distantes do rio, de povoamento mais recente, recebiam migrantes, principalmente do interior de Santa Catarina e Paraná, além do Rio Grande do Sul, atraídos pela possibilidade de melhor qualidade de vida. Muitos destes permaneciam no local apenas enquanto havia trabalho durante a temporada de verão.

A influência dos trabalhos temporários era sensível nas atividades população, determinada tanto pelo aspecto turístico, quanto pelo trabalho na pesca e processamento de frutos do mar. A Barra abriga várias peixarias e locais de construção de barcos em madeira para pesca, além dos próprios barcos de pescadores que ficam ancorados às margens do rio, junto à via de acesso principal do bairro. Alguns dos pescadores dedicam-se à pesca em alto-mar, permanecendo

³ Pequenas embarcações em madeira, com fundo achatado, movidas a motor de popa ou a remo, também utilizadas para a instalação de redes de pesca.

longos períodos embarcados, longe das famílias. Além da indústria pesqueira, outra atividade tradicional é a extração de granito dos morros, exercida pelos broqueiros⁴ (AMBROZIO, 2003).

A atividade dos broqueiros chegou a ser a mais importante economicamente para a Barra na década de 1950, motivando a chegada de migrantes atraídos pela possibilidade de ganhos relativamente altos em uma profissão sem exigências de qualificação, porém com risco constante de acidentes de trabalho provocando mortes e seqüelas permanentes. Assim como algumas famílias de Camboriú e Balneário Camboriú que se mantiveram na atividade, possuindo apenas a casa e o local de extração, os migrantes que se fixaram, contribuindo para a formação da favela no Morro da Pedreira, sofreram com as tentativas de regulamentação da exploração de granito a partir da década de 90.

Essa regulamentação por parte do poder público e órgãos ambientais visava frear a exploração desordenada, o que resultou na criação de uma cooperativa dos broqueiros, excluindo as empresas que anteriormente intermediavam a exploração das pedras. Porém, as cerca de 400 pessoas, entre trabalhadores e familiares, ainda envolvidas na atividade através da cooperativa permaneciam em situação de impasse, em razão do prazo de dois anos de licença para a extração, que está condenada pelas leis ambientais, sendo esse período determinado pelos órgãos governamentais para que os trabalhadores e seus filhos busquem outras formas de sobrevivência (AMBROZIO, 2003).

Outro aspecto da comunidade que chamou nossa atenção foi que, além da igreja católica, abundam diversas denominações de grupos evangélicos, desde aqueles mais difundidos como a Assembléia de Deus e a Igreja Universal do Reino de Deus, até algumas mais peculiares com a Igreja Missionária Primitiva e a Igreja Missionária Primitiva Renovada, tendo sido possível identificar pelo menos seis templos diferentes, excluindo-se a área do São Judas. Ambrozio (2003) aponta nessa segmentação uma das fontes de conflitos entre os moradores, muitos dos quais abandonaram os costumes tradicionais e festas ligadas à religião católica

⁴ Essa denominação se deve à ferramenta chamada broca da qual os cortadores de pedra se utilizam para iniciar a extração do granito, segundo Ambrozio (2003).

pelas seitas evangélicas, cuja heterogeneidade é capaz de produzir discriminação e limitar a possibilidade da construção de uma identidade comum na comunidade.

A Secretaria Municipal de Saúde mantinha uma Unidade Básica de Saúde instalada no bairro, disponibilizando atendimento por dentistas, médico gineco-obstetra e pelo Programa Saúde da Família (PSF). O PSF era desenvolvido por duas equipes contando cada uma com médico, enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. A equipe da Barra abrangia a região central do bairro além da área da Interpraias até Taquaras, enquanto a do São Judas atendia as microáreas mais ao Sul e as praias de Estaleiro e Estaleirinho.

Na área da equipe da Barra estavam cadastradas 3.331 pessoas em 902 famílias, estando 1554 (46,65%) dos indivíduos na faixa etária de 20 a 49 anos de idade. Daqueles com 15 anos ou mais, 2.222 (94,43%) eram alfabetizados e 531 (95,16%) das crianças entre 7 e 14 anos estavam na escola. As pessoas com cobertura por planos de saúde somavam 9,01%. O abastecimento d'água era feito pela rede pública em 81,26% das casas, sendo a maioria destas (58,54%) construída com tijolos. O lixo era objeto de coleta pública em 99,11% dos domicílios, dos quais 98,56% recebiam energia elétrica, porém as fossas eram o destino do esgoto doméstico em 96,12% dos casos. Havia 190 (8,07%) pacientes hipertensos registrados no PSF e 47 (1,41%) diabéticos, além de 26 gestantes (nove destas com até 19 anos), conforme dados do mês de julho de 2003 (Secretaria Municipal de Saúde, 2003).

Também em registros de julho de 2003, a equipe do São Judas abrangia 3.076 pessoas em 806 famílias, concentrados na faixa etária de 20 a 49 anos: 1379 (44,83%) indivíduos. Aqueles cobertos por planos de saúde somavam 9,01% das pessoas. Os alfabetizados a partir de 15 anos somam 1.901 (93,23%) pessoas, contando-se 554 (96,01%) das crianças entre 7 e 14 anos na escola. A maior parte das casas era de tijolos (59,31%), contanto com abastecimento d'água pela rede pública em 71,46% do total de domicílios, energia elétrica em 99,38%, coleta de lixo pública em 99,5%, enquanto 93,92% tinham seu esgoto doméstico coletado por fossas. O PSF registrava 123 (6,03%) pessoas com hipertensão arterial sistêmica e 6 (0,2%) diabéticos. Havia 28 gestantes cadastradas nesse mês, sendo sete destas com até 19 anos de idade.

Dados de óbitos hospitalares relativos ao município como um todo no ano de 2003, registraram 157 mortes, sendo 54 entre homens com 60 anos ou mais, 34 entre mulheres com 60 anos ou mais, 14 em menores de um ano, e somente três mortos entre um e 15 anos de idade. Dentre as causas de óbito hospitalar, destacavam-se 47 mortes relacionadas a doenças do aparelho circulatório; 35, a doenças do aparelho respiratório; 19, a neoplasias; além de nove óbitos por doenças do período neonatal (IBGE, 2005).

Os atendimentos médicos na Unidade de Saúde da Barra evidenciaram características de transição epidemiológica, envolvendo doenças infecto-contagiosas, em especial infecções respiratórias e infecções/infestações gastrointestinais, doenças crônico-degenerativas relacionadas a hipertensão arterial e diabetes, além de doenças relacionadas ao trabalho, em sua maioria ósteo-musculares. Outros problemas de saúde com impacto considerável na população da Barra eram acidentes de trânsito e abuso de drogas. Os acidentes envolviam especialmente moradores conduzindo motocicletas e bicicletas, meios de transporte bastante utilizados entre eles. O uso de álcool, maconha e cocaína eram comumente relatados, tanto por mães e esposas sofrendo o estresse do convívio com o familiar usuário, geralmente homem, como por parte dos próprios, geralmente já apresentando conseqüências da drogadicção como hepatopatias. Um aspecto particular do uso de drogas nessa comunidade era a relação deste com os períodos em que os pescadores ficavam embarcados, onde os tripulantes mais jovens eram comumente citados como usuários de drogas nas embarcações. Considerando-se os indivíduos que recebiam cuidados domiciliares por familiares, a maioria apresentava doenças crônico-degenerativas, principalmente idosos, alguns vivendo de forma itinerante entre as casas dos filhos.

Junto ao Posto de Saúde encontrava-se uma creche municipal mantida pela Secretaria do Trabalho. Também próximo ao Posto, havia uma escola estadual com ensino fundamental e médio. Existiam três outras escolas, estas municipais de ensino fundamental, uma na praia de Taquaras, uma na área do São Judas e outra próxima do cemitério. O cemitério da Barra é, aliás, o único do município.

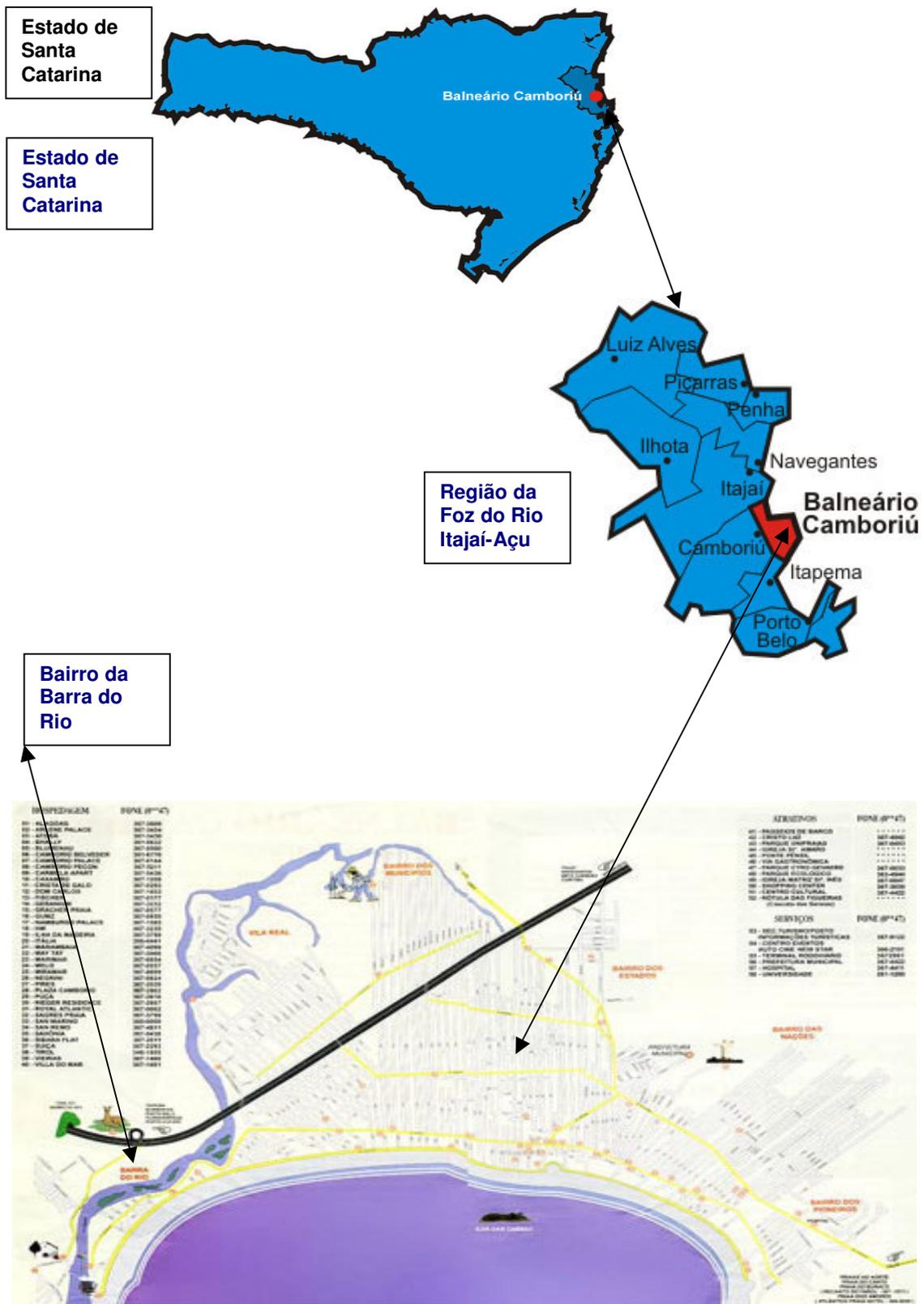


Figura 1: Mapas do Município de Balneário Camboriú e sua localização no Estado de Santa Catarina e Região da Amfri

Fonte: <<http://www.balneario.sc.gov.br>>

5.4 OS INFORMANTES: Caracterização Sócio-Cultural e Demográfica das Famílias.

Nos deteremos aqui em traçar um breve perfil de cada família entrevistada, atendendo ao objetivo de caracterizá-las sociocultural e demograficamente. Para tal utilizamos nosso diário de campo com as observações sistemáticas durante as entrevistas, informações coletadas a partir das “Fichas A” preenchidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, além de observações não-sistemáticas fornecidas por nosso colega, médico da equipe do PSF. Inicialmente apresentaremos um quadro com alguns aspectos da família seguidos da caracterização propriamente dita:

Membros	Idade	Sexo	Ocupação
M1	64 anos	F	Professora aposentada
P1	58 anos	M	Arquiteto
Fa1a	27 anos	F	Arquiteta
Fa2a	19 anos	F	estudante
No1	03 anos	M	menor
Na2	07 meses	F	menor

Família 1 (F1)

A entrevista com M1 foi marcada anteriormente através do contato com a UBS, de tal forma que a mesma nos aguardava e recebeu-nos solícitamente. Durante todo o transcorrer da entrevista, mostrou-se participativa, apesar do seu jeito reservada de portar-se e até mesmo de vestir-se, sorria freqüentemente com alguns comentários, mas fez questão de demonstrar que sabia a importância das suas respostas, para a qualidade do nosso estudo.

O esposo P1 também participou muito com bastante entusiasmo durante toda a entrevista, inclusive demonstrou vários exercícios que costumam fazer conforme a linha da unibiótica que adotaram como modelo de vida.

A casa foi construída na encosta do morro, rodeada pela mata apoiando-se nas pedras e na curvatura do terreno e, mesmo com o muro da frente em fase de acabamento domina a paisagem em contraste com as casas mais baixas da vizinhança, muitas de madeira.

Percebe-se certa distinção na forma como falam, se portam e nos recebem. Um sempre completa a expressão do outro, sem interromper suas colocações.

A entrevistada é portadora de IRC, (Insuficiência Renal Crônica) faz diálise peritoneal no domicílio desde 2001, e aguarda na fila de transplantes. Relata que sofria de pielonefrite desde a juventude, tendo ficado longo tempo assintomática, até surgirem os sintomas da IRC.

Costuma tratar-se desde o início da doença em Curitiba, onde moravam, numa clínica de rins. O início do tratamento foi coberto pelo plano de saúde, mais tarde pela necessidade de ser tratada num outro local, passou a ser atendida pelo SUS, onde refere ter recebido grande atenção.

Descreve o tempo de tratamento como um processo de muito sofrimento, com sessões longas e doloridas. Hoje sua referência é o serviço de nefrologia de Curitiba, ao qual recorre sempre que necessário e vai rotineiramente duas vezes por mês, é de lá que recebe todo o material para realizar a diálise, que ela mesma faz.

Mostrou-nos todo o aparato que providenciaram, inclusive a adaptação de um cômodo da casa com pia para lavagem das mãos, forno de microondas para aquecer a solução do banho e pia com descarga hidráulica para o líquido da diálise, bem como local para descarte das bolsas usadas. A casa é própria, de alvenaria e tem cerca de dezoito cômodos, (4 suítes, 3 salas, lavabo, cozinha, mezanino, varandas, garagem, dependência de empregada, quarto de diálise.

Embora tenham vindo de Curitiba e estejam na Barra há três anos aproximadamente, o local onde moram, não é o que se poderia chamar de novo para eles, uma vez que os pais da entrevistada eram donos de grande área nesta região há quarenta anos, mais tarde o terreno foi dividido com outros irmãos que são seus vizinhos no momento.

A família possui carro, plano de saúde, energia elétrica, tratamento de esgoto e o lixo é recolhido pela rede pública e a água também vem da rede pública.

Relatam que apesar da casa ser própria e confortável, vivem sérias dificuldades financeiras, e a comunidade da Barra é muito bairrista, o que os faz sentirem-se discriminados e excluídos pelos demais moradores. Disseram que a comunidade os considera “ricos” e por conta disso até perderam vaga na creche para um dos netos.

A família é de religião católica e identificam os evangélicos como um grupo social bastante forte no local, cujas restrições acabam por afastar pessoas de outros grupos de convívio de muitos moradores da Barra

Durante a entrevista apresentaram uma grande ênfase a adesão à Unibiótica e aos exercícios propostos por esta linha terapêutica, demonstrando-os durante suas falas.

Membros	Idade	Sexo	Ocupação
C2	49 anos	F	do lar
P2	83 anos	M	aposentado

Família 2 (F2)

A casa pertence a P2., o mesmo é sequelado de AVC (Acidente Vascular Cerebral), apresenta afasia e hemiplegia no lado direito. Sua expressão era de tristeza quando nos recebeu. C2, sua nora é responsável pelo seu cuidado, bem como pelos afazeres da casa durante o dia, uma vez que é paga pelos filhos dele para exercer estas atividades, à noite os mesmos se revezam para cuidar de P2. A localização da casa é exatamente entre as casas dos filhos Ao fim da rua sem calçamento e sem saída existia um terreno onde era depositado o lodo dragado do fundo do rio Camboriú, o que exalava mau cheiro. Toda a casa é de madeira, sem pintura, com um aspecto envelhecido, bastante simples, o quintal é de terra batida, o que lhe confere um aspecto rude. Em volta da casa várias árvores frondosas ofereciam uma grande sombra. O lixo era coletado e o esgoto da casa, direcionado para uma fossa, a água provinha da rede pública, dispunham de energia elétrica. O transporte preferencial é o ônibus, não contavam com plano de saúde, quando necessário buscavam inicialmente o hospital ou a unidade de saúde.

Quando entramos na casa, pudemos ver que tudo era bem organizado e aparentemente limpo, apesar da simplicidade. A mesma era composta por sala, cozinha, banheiro, área de serviço e dois quartos, totalizando 6 cômodos.

A família era evangélica, inclusive uma plaqueta na parede da frente da casa identificava-a como local de reunião para orações.

C2 recebeu-nos prontamente e mostrou-se solícita durante entrevista, porém reservada. Podia-se sentir que ela não se sentia à vontade com o gravador, prova disso são as informações a respeito de suas crenças e sobre sentir-se também com

necessidade de ser cuidada, que ela expressou somente após o gravador ser desligado.

Contou-nos sobre seu envolvimento com P2, e o que ele representa para ela, uma vez que é sua nora, e que se compadeceu de seu sofrimento ao não se adaptar com nenhum outro cuidador. Como é viúva há vários anos aceitou com carinho esta tarefa que segundo ela a faz sentir-se tão bem.

Explicou-nos que ele foi tornando-se dependente de cuidados com a idade avançada e com o agravamento da doença que progredia gradativamente. Falou-nos que o que mais a afligia era o fato dele não falar mais, por isso referia o seu olhar como “triste”. Contou-nos sobre a experiência de cuidá-lo, ao que ele sempre acompanhava com o olhar, mexendo a cabeça afirmativa ou negativamente, o que nos garantiu que entendia muito bem o que ocorria à sua volta e o que conversávamos.

Percebe-se que a religiosidade está muito presente no seu dia-a-dia, norteando sua conduta com o P2 e com toda a sua vida através da forma como se manifesta.

Segundo ela os filhos de P2 são um grande apoio para eles, pois ao menor sinal de que algo não vai bem e eles prontamente procuram ajuda, encaminhando-os ao hospital, ou a outro local que seja necessário.

Membros	Idade	Sexo	Ocupação
P3	78	M	aposentado
M3	62	F	costureira

Família 3 (F3)

Moram em casa própria de madeira que tem seis cômodos, 2 quartos, sala, cozinha, banheiro e área de serviço

A mesma fica após uma passagem curta de terra rodeada de canteiros de diversas plantas e pequenas árvores. A casa é de madeira, na parede externa da entrada aparece uma placa escrita: “costureira”. O lixo é coletado, a água proveniente da rede pública, o esgoto destina-se a uma fossa séptica, contam com energia elétrica. O transporte preferencial é ônibus, não contam com plano de saúde.

Eles nos receberam calorosamente, e nos deram a impressão muito forte que nos aguardavam com certa ansiedade para a tão esperada entrevista.

O casal sempre muito falante nos deixou muito à vontade na casa simples e bem arrumada. P3 muito comunicativo, falou-nos sobre a perda da sua saúde dizendo que fora feliz até os 60 anos, quando passou a sofrer dos nervos e da coluna. Aos oito anos de idade, perdeu o braço direito, porém isso nunca o inferiorizou diante dos outros, e muito menos diante das moças, a quem sempre soube atrair muito, prova disso o imenso número de namoradas com quem teve envolvimento amoroso, inclusive filhos que não conhece o paradeiro.

Contou-nos que nasceu no Morro do Boi, e que trabalhou como vigia nas obras da BR 101. Ao comentar sobre sua dificuldade visual, gabou-se por ter aprendido mais depois que saiu da escola do que quando estudava. Acrescentou que sempre trabalhou muito, não se importando com o tipo de atividade, nem mesmo se esta requeria esforço físico, ou mental, sempre trabalhou duro.

Ao longo da entrevista, muitas vezes surgiram duas conversas paralelas, pois P3 continuava se dirigindo a uns, enquanto outros tentavam dar atenção para M3 que não conseguia interromper P3 ou mesmo era interrompida por este que se inclinava para diante, enquanto ela permanecia recostada no fundo da poltrona, aparentemente já acostumada com o jeito expansivo do marido.

Havia um predomínio da religiosidade em todas as suas colocações, sempre que falaram de doença remeteram suas causas a permissão divina, até podemos dizer que uma grande ênfase foi dada ao fato de que a doença é um castigo de Deus P3 não hesitou em colocar que Deus nos castiga hoje pelos erros cometidos no passado, que este sempre nos estará lembrando das nossas escolhas erradas, como vícios, noites de farra e desentendimentos com os outros com as conseqüências que hoje são as dores e as doenças.

A sua referência para tratamento de saúde é a UBS local, a equipe de saúde lhes é muito cara a quem dedicam grande veneração, e não economizam elogios.

Quando precisam de outro tipo de apoio os filhos ajudam, porém costumam muito mais ajudar os filhos, pois referem ter um controle rigoroso dos gastos dentro do seu orçamento de aposentados, acrescido de pequena ajuda das costuras que M3 faz para fora.

Ainda no decorrer da entrevista, relataram o uso de ervas medicinais e chás caseiros, como uma prática diária de terapia que os ajuda muito, bem como aos

seus familiares. Mostraram-nos várias plantas em volta da casa e nos descreveram prontamente suas utilidades.

Membros	Idade	Sexo	Ocupação
M4	72 anos	F	aposentada
C4	43 anos	F	cuidadora

Família 4 (F4)

Realizamos a entrevista na casa de uma das filhas onde M4 se encontrava na ocasião, próxima de sua casa, na qual ficaram morando um filho com netos de M4. A casa é própria, de alvenaria, o piso é de cerâmica clara o que confere ao local um aspecto limpo e arejado. Composta de cinco cômodos: cozinha grande, sala, dois quartos e banheiro. Possui energia elétrica, coleta de lixo, rede de esgoto e abastecimento de água pela rede pública. Utilizam como transporte preferencial o ônibus, não tem plano de saúde.

A trajetória de M4 entre as casas das filhas que moravam na Barra e no São Judas, entre os dez filhos que ela teve, se iniciou há dois anos quando sofreu amputação de membro inferior esquerdo e, três meses depois, do membro inferior direito, ambos a um nível proximal aos joelhos, em razão de doença arterial periférica, desenvolvida por causa da HAS e do diabetes mellitus (DM). Inicialmente ela permanecera em sua casa, porém com as limitações físicas e dificuldades financeiras progressivas, as filhas juntamente com a cuidadora contratada assumiram os cuidados de M4.

Quando chegamos na casa, três crianças brincavam na garagem com bicicleta e triciclos, ao nosso chamado correram e chamaram uma das filhas de M4. que nos recebeu com pouca receptividade, mandou-nos entrar e em seguida aparecem C4 empurrando uma cadeira de rodas sobre a qual estava M4, uma senhora obesa, grisalha, de voz embaçada e olhar triste.

Durante a entrevista permanecemos sentados em volta de uma mesa de madeira grande e limpa, e somente M4 e C4 permaneceram ali, Fa4 e as crianças entraram e saíram algumas vezes e na maioria do tempo permaneceram na sala vendo televisão. Ao final da entrevista Fa4 entrou na cozinha com o marido para fazer café e então passou a fazer algumas colocações sobre a relação da mãe com elas, com a cuidadora, as crianças e os outros filhos. Inclusive fez questão de

ênfatizar que esta express3o infeliz que a m3e apresentava no momento n3o era habitual, que ela era uma pessoa alegre, feliz, que se relacionava muito bem com as netas e que deveria transparecer isto para n3s. M4 relata que se sente muito doente, cansada, sem for7as e com dificuldade visual.

Sua refer3ncia s3o os m3dicos, do Posto Central, do Hospital e da UBS. A equipe de sa3de que freq3entemente controla a sua press3o em casa, e a fam3lia que a apoia nas suas necessidades de alimenta73o.

C4 freq3entemente interrompia a conversa para fazer coloca73es sobre sua opini3o, principalmente quando discordava das coloca73es de M4, chamou-nos aten73o o fato de que sempre se dirigia a ela como "v3", mostrando que apesar da dureza das suas express3es, tratava-a com um carinho muito familiar.

Membros	Idade	Sexo	Ocupa73o
P5	52 anos	M	pedreiro
M5	55 anos	F	massagista

Fam3lia 5 (F5)

Esta fam3lia foi procurada para o estudo em raz3o da atividade profissional de M5 como massagista, e de acordo com o estudo realizado na entrada de campo, a resid3ncia da fam3lia tamb3m abrigava as atividades de um centro esp3rita. A casa pr3pria, constru3da com tijolos, contava com quatro pe7as, estas se localizavam no segundo piso, sendo o piso inferior ocupado por uma sala de espera com cadeiras pl3sticas, um banheiro e duas salas destinadas 3s atividades de massagem.

Ao fundo do terreno estava em constru73o uma estrutura para abrigar as atividades sociais do grupo esp3rita, como festas do dia das crian7as. O lixo era coletado e o esgoto da casa direcionado para uma fossa, a 3gua provinha de outras fontes de abastecimento, dispunham de energia el3trica. A ficha A relacionava que n3o contavam com plano de sa3de, procuravam o hospital em caso de doen7a, utilizavam preferencialmente 3nibus no transporte.

No entanto, M5 3 usu3ria freq3ente do Posto de Sa3de em raz3o de tratamento para DM e HAS, al3m de ter sido assistida no ano anterior quando sofreu complica73es p3s-operat3rias de uma apendicectomia. J3 na sala de espera, onde conduzimos a entrevista, havia uma mistura de imagens cat3licas com livros esp3ritas expostos, o que nos pareceu conflitante com a condi73o de M5 como n3o

alfabetizada. A atividade de massagista era anunciada numa placa sobre o portão da frente: “Massagem energética japonesa”, e os horários de atendimento em outra placa no portão. Segundo M5, as massagens eram realizadas de forma remunerada, mas também como parte de ações de caridade, sem pagamento, juntamente com cirurgias espíritas, explicou-nos que recebia pessoas de diferentes cidades e estados. Ainda que só o casal morasse naquela residência, durante a entrevista encontramos com uma filha de M5 e com uma neta adolescente que trazia consigo seu filho de cerca de três anos de idade.

No transcorrer da entrevista M5 deixou bem claro sua intenção em contribuir com a pesquisa pois considerava tudo que se relacionava com saúde muito importante. Emocionou-se e chegou a chorar quando relatava os momentos pelos quais passou de muita necessidade financeira, quando pode contar com amigos que lhe forneciam cestas básicas, tempo este que esteve impossibilitada de trabalhar devido a complicações com uma cirurgia.

Ao final da entrevista mostrou-nos as outras peças junto à sala de espera, bem como as substâncias que encontravam-se nos potes, utilizados para as massagens.

Membros	Idade	Sexo	Ocupação
M6	52 anos	F	aposentada
P6	54 anos	M	aposentado
Na6	06 anos	F	estudante
No6	05 anos	M	menor

Família 6 (F6)

Vivem na Barra há quatro anos, quando vieram do interior do estado de Santa Catarina, para acompanhar um filho casado, a nora e um casal de netos. No início dividiam a mesma casa, mas agora devido ao trabalho do filho e da nora, estes haviam se mudado.

Desta forma, para ajudar os filhos M6 e P6 ocupam-se do cuidado com os netos durante a maior parte do tempo, sendo que estes geralmente só vêm os pais nos finais de semana. Este fato, é revelado por eles como situação conflitante, pois se por um lado o afeto dos netos os motiva para a vida e a saúde, por outro são conscientes da necessidade que as crianças tem do convívio com os pais, para

imposição de limites e segurança. Expressaram isto diversas vezes durante a entrevista.

A casa é de madeira, alugada, situada numa rua asfaltada próxima à saída para a Br 101, com oito peças, o lixo é coletado, o esgoto destinado a uma fossa, a água provém da rede pública, e a energia elétrica serve a residência. O cuidado com a casa era visível na limpeza da cozinha e na forma organizada como dispunha os eletrodomésticos.

A ficha A declarava que não tinham plano de saúde, recorriam ao hospital ou unidade de saúde em caso de doença, utilizavam ônibus como principal meio de transporte. No entanto, o casal dispunha de carro naquela ocasião e contavam com plano de saúde. Ambos utilizam-se do Posto de saúde para tratamento de HAS. P6 é atendido por ortopedista via convênio médico desde o acidente (automobilístico) de trabalho que sofrera há dois anos, com seqüelas que limitam o movimento do ombro direito e provocam-lhe dores nas costas.

O casal é católico, durante a entrevista suas falas valorizavam muito a vida em comunidade, no entanto não costumam participar das reuniões de grupo de hipertensos e diabéticos, promovidos pelo PSF da localidade.

Ao longo da entrevista M6 mostrou-se bem mais eloqüente do que P6, questionando várias vezes se o que estava dizendo era realmente do nosso interesse. Pareceu-nos que o gravador não deixava P6 confortável, uma vez que tornou-se mais comunicativo no início e ao término da entrevista quando o gravador havia sido desligado.

Ao final da entrevista mostraram-nos poucas hortaliças e chás num canteiro estreito ao lado da casa, porém deram ênfase ao uso diário de chás como uma alternativa eficaz de cuidado mútuo.

Membros	Idade	Sexo	Ocupação
M7	52 anos	F	do lar
Fa7	20 anos	F	estudante
Fo7	18 anos	M	estudante

Família 7 (F7)

Mora nessa casa que é própria, há três anos, sendo que é natural de Florianópolis. Vários de seus familiares são moradores antigos do bairro, inclusive

seus pais, e ela mesma já morou no centro da cidade há vinte e quatro anos, como caseira de uma residência.

A casa foi construída em madeira, contando com 7 peças e um amplo pátio com garagem, junto a esta foi instalado um canteiro com hortaliças e ervas medicinais, a mesma localiza-se numa rua próxima ao Posto de Saúde, numa estrada de chão extremamente poeirenta.

O lixo é coletado, o esgoto destinado a uma fossa séptica, a água proveniente da rede pública, e dispõem de energia elétrica, usam como meio de transporte preferencial o ônibus e não contam com plano de saúde.

M7 foi convidada a participar da pesquisa em razão das suas constantes atividades de cuidado com pessoas de sua família com problemas de saúde, como sua mãe que tem coronariopatia e foi revascularizada em Curitiba, um primo com ataxia espinocerebelar e a filha deste que recebeu transplante hepático, acompanhando-os às consultas médicas e auxiliando-os na obtenção de benefícios junto à assistência social do município e Instituto Nacional de Seguridade Social.

Durante toda a entrevista gabou-se das suas qualidades como cuidadora, afirmando que não existe dificuldade de sua parte quando alguém precisa de seus cuidados. Não importa onde, nem mesmo a quem destine-se o cuidado, ela sempre está pronta para ajudar. Não percebemos nenhuma ligação de sua dedicação com religiosidade, embora de religião católica, não deu ênfase a essa fato. Enfatizou que no posto é muito conhecida por todos, mas porque sempre os procura para outros. Ela mesma e os filhos que aí residiam eram usuários pouco freqüentes do Posto de saúde.

Fez questão de nos mostrar e falar das propriedades terapêuticas dos chás que cultivava em sua casa.

Membros	Idade	Sexo	Ocupação
P8	61 anos	M	aposentado
M8	59 anos	F	do lar
Fo8	39 anos	M	professor
Fa8	26 anos	F	estudante
No8	03 anos	M	menor

Família 8 (F8)

A entrevista foi realizada com M8 devido sua atuação como representante da Pastoral da Criança no bairro da Barra. Ela é natural de Fortaleza – CE, tendo morado em diferentes estados em razão do trabalho do marido, como engenheiro da Eletrosul. Residiam na Barra há oito anos. A casa era construída em alvenaria, com um alto muro que só permitia avistar da rua o segundo piso da residência ao fundo de um amplo pátio calçado, contando com oito cômodos além da garagem e do canil. Segundo o registro na ficha A, o lixo era queimado, o esgoto era recolhido por fossa, a água vinha da rede pública e dispunham de energia elétrica.

Essa ficha, no entanto, não registrava informações quanto a recurso buscado em caso de doença, participação em grupo comunitário ou meio de transporte utilizado. Porém, verificamos que dispunham de carro e contavam com plano de saúde através da empresa pela qual P8 aposentou-se.

Ao chegarmos na casa fomos calorosamente recebidos, pois várias tentativas prévias de conversarmos haviam sido frustradas. Fomos conduzidos e acomodados numa peça ampla, misto de cozinha e salão de festas, mostrando um piso de lajotas impecavelmente brancas.

Ao longo da entrevista, quando perguntamos sobre a pastoral da saúde, ela puxou uma sacola, da qual retirou manuais, jornais informativos e planilhas para o registro dos dados das crianças acompanhadas em suas atividades.

M8 mantinha uma atuação constante na Pastoral da Criança e em cursos de treinamento e capacitação da prefeitura municipal voltados para alimentação alternativa, realizando pesagem das crianças em sua própria casa e fornecendo a multimistura, atendendo principalmente os moradores da favela no Morro da Pedreira. Mesmo porque, segundo ela, os nativos da Barra eram muito orgulhosos para aceitar os cuidados que ela oferecia e as igrejas evangélicas da localidade não apoiavam seu trabalho vinculado à igreja católica.

Membros	Idade	Sexo	Ocupação
P9	57 anos	M	pescador
M9	54 anos	F	do lar

Família 9 (F9)

A escolha desta família se deu na busca por famílias que não procurassem o Posto de Saúde com muita frequência. M9 foi escolhida então por ser uma pessoa que pouco utilizava o Posto de Saúde, apesar de ser portadora de HAS, obesa e referir dificuldade de seguir uma dieta prescrita como controle alimentar.

A casa de tijolos, com sete cômodos, sala e cozinha, três quartos, banheiro e área de serviço situa-se em um terreno cuja posse está em litígio, situação esta que produziu desconfiança por parte de P9 com relação à nossa presença. Apesar disso chama a atenção a extensão e beleza do terreno onde estão localizada não só a sua casa como também a do filho que mora com a esposa um neto e a espera de gêmeos que breve chegarão.

De acordo com os dados da ficha A, o lixo era coletado, o esgoto seguia para uma fossa, água vinha de rede pública e dispunham de energia elétrica. Não contavam com plano de saúde, usavam o ônibus como meio de transporte preferencial, a unidade de saúde era sua referência nos casos de doença.

Relataram participar de associação comunitária e M9 disse que participava do grupo de hipertensos.

A família é evangélica da Igreja Assembléia de Deus. Grande ênfase sempre foi dada a deus e a religiosidade como alternativas de apoio durante suas falas.

M9 relata usar chás caseiros, mas com pouca frequência, embora reconheça seu valor terapêutico, refere representar apoio ao filho e à nora a quem já ajuda no cuidado com o neto pequeno e agora ajudará muito mais com os gêmeos, mas também os aponta como o seu apoio para quando precisa.

Membros	Idade	Sexo	Ocupação
P10	57 anos	M	Autônomo
M10	54 anos	F	Do lar
Fo10	28 anos	M	Autônomo
Fa10	22 anos	F	Balconista

Família 10 (F10)

A escolha de M10 como entrevistada se deu também por seu padrão de usuária pouco freqüente do Posto de Saúde, além disso, P10 atua em uma associação de moradores local. Ele possuía um ponto de extração de pedras no morro, fato que possibilitou a construção da casa completamente de pedras,

inclusive suas divisórias internas. Isto confere ao local um aspecto extremamente agradável, devido ao frescor que proporciona ao ambiente. Somado a isto chamou-nos a atenção o número imenso de pássaros presos em gaiolas que estavam espalhadas pela casa. Conforme M10 os mesmos fazem parte do importante hábito de seu esposo em criar canários, pois agrada-lhe imensamente o seu canto.

Quando realizamos a entrevista ela encontrava-se sozinha em casa, o que conforme seu relato é sua rotina, uma vez que o esposo e os filhos trabalham e mantêm-se fora de casa o dia inteiro.

A casa, portanto, é própria e conta com sete cômodos assim distribuídos; cozinha, sala de estar, três quartos, banheiro, área de serviço, além de uma garagem ampla.

O lixo é coletado, o esgoto destinado a uma fossa, a água vem da rede pública e tem energia elétrica. A família não contava, segundo a ficha A com plano de saúde, e utilizavam o hospital em caso de doença. No entanto P10 fazia acompanhamento por DM e HAS no Posto de Saúde e M10, por HAS.

M10 se mostrou muito reservada durante toda a entrevista, relatando que não costumava contar como apoio de ninguém, nem da família, nem mesmo da igreja evangélica da qual a família participava.

6. OS DISCURSOS: ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE, DOENÇA E ITINERÁRIOS.

Apresentamos neste tópico uma discussão sobre os dados coletados, que após serem metodologicamente categorizados no modelo do DSC, sofreram análise com o uso das representações sociais sobre os conceitos relacionados à experiência de doença e os itinerários de cura e cuidado das famílias da Barra do Rio.

As representações sociais segundo Jodelet (2004) podem ser definidas como modalidades de conhecimento prático que são elaboradas e partilhadas socialmente. As representações são matrizes que nos permitem interpretar, pensar e agir sobre a realidade funcionam como instrumentos de referência na comunicação, ação e controle do mundo social, sendo essenciais na compreensão dos fenômenos sociais e simbólicos. Importa-nos então explicitar as representações sociais das famílias da Barra do Rio sobre os conceitos relacionados à experiência da doença e os itinerários de cura e cuidado adotados como estratégia de apoio no cuidado domiciliar.

Inicialmente é interessante colocar que ao realizarmos as entrevistas pudemos perceber que as famílias apresentaram certa dificuldade em conceituar saúde e doença num primeiro momento, haja visto que suas respostas confundiam-se em afirmar que saúde era ausência de doença e/ou doença era ausência de saúde.

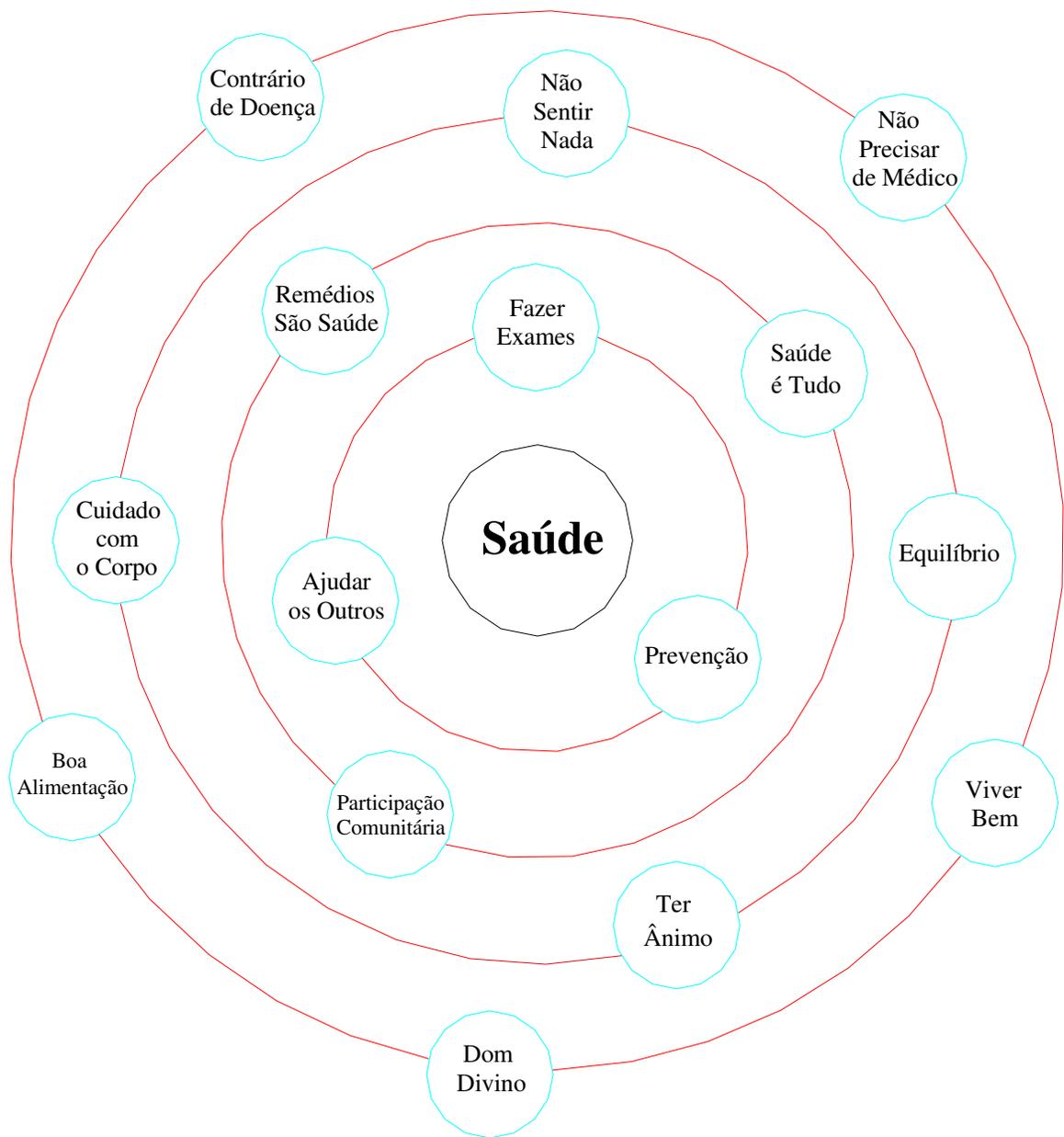


figura 2: Idéias Centrais de Saúde

Num passado ainda recente a doença era freqüentemente definida como “ausência de saúde”, sendo a saúde definida com “ausência de doença”, de forma que estas definições não eram nada esclarecedoras. As próprias autoridades encararam a doença e a saúde como estados de desconforto físico, ou de bem estar, conforme nos coloca Alves (1993). Assim, não é difícil entender porque as representações sociais de saúde e doença se confundem nas famílias da Barra. Elas são frutos de conceitos internalizados da comunidade, como resultados de bem estar físico ou não.

É claro que estes questionamentos acabaram constituindo-se em momentos reflexivos para a pesquisadora e as famílias da Barra, pois ambos reconheceram que os conceitos de doença eram formados de vários saberes pessoais e que foram construídos ao longo de suas vidas, recebendo influência das próprias famílias e comunidade, bem como da herança cultural de cada um deles, fato este que os confirma como representação social, pois conforme Jodelet (2004) a representação constitui-se como uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto, articulando-os de modo a produzir um conhecimento de senso comum.

Saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constantes avaliações e mudança. A partir destas premissas, para as famílias da Barra a saúde é representada como o resultado do equilíbrio dinâmico entre o indivíduo e o seu meio. Este equilíbrio refere-se ao desenvolvimento de possibilidades de natureza biológica, psicológica e social de modo que cada um determine a sua funcionalidade, face ao seu contexto e projetos de vida, de modo a atingir a sua máxima competência.

DSC 1 – SAÚDE

Saúde é viver bem, em paz numa família feliz, com equilíbrio perfeito, harmonia, se sentindo bem em tudo: com a casa, meus filhos, alma, espírito, corpo físico, ânimo, laser, diálogo, ajudando os outros.

DSC 2 – SAÚDE

Saúde é o contrário de doença, a gente só dá valor quando perde.

DSC 3 – SAÚDE

Ter saúde é não precisar de médico, ter disposição, cuidar do corpo com boa alimentação, prevenção e dormir bem.

Daí que convencionais indicadores de saúde – mortalidade, morbidade, fatores de risco, incapacidades – estejam a ser repensados por uma concepção de saúde mais construtiva, como seja a avaliação da capacidade dos indivíduos de se ocuparem das suas funções pessoais, sociais e de trabalho, de tal forma que a pessoa saudável detém um capital de reserva de energia capaz de enfrentar os constrangimentos quotidianos.(FERNANDES; LOPES, 2004).

Dessa forma, começamos a perceber qual era a representação social das famílias da Barra sobre os conceitos relativos a doença. É claro que não se pode falar de doença sem se abordar o que seja a saúde. A representação social de saúde e doença para eles se entrelaçava e se confundia. Conforme Capra (1996) a saúde de um organismo vivo demanda uma flexibilidade deste sistema vivo em suas relações para com os diversos sistemas nos quais está inserido em seu meio, sejam físicos, sociais, econômicos ou ambientais, de forma a adaptar-se às mudanças no meio que é, por sua vez, influenciado pelas mudanças no organismo. Por outro lado, a doença pode ser compreendida como perda da integração do organismo, levando a sintomas como manifestação biológica desta desintegração.

Helman (1994) compreende a experiência que a pessoa tem do problema de saúde como envolvida num modelo conceitual que dá significado à doença (*ilness*), sendo esse modelo parte da cultura em que a pessoa vive. Ao buscar auxílio médico para a situação de doença, o paciente tem suas queixas subjetivas identificadas como sintomas que devem ser relacionados com alguma causa física a ser investigada através de dados objetivos do exame físico e de exames complementares. A partir disso, o médico busca identificar um desvio de valores estabelecidos como normais para os achados físicos e bioquímicos, indicando uma anormalidade do organismo em sua estrutura e/ou funcionamento, o que ele define como enfermidade (*disease*), com características universais, independente do contexto pessoal, social e cultural em que surge. As formas de compreender um problema de saúde enquanto *ilness* ou *disease* divergem quanto ao modo de definir saúde e doença, quanto ao entendimento de como o organismo funciona e de como

a doença altera esse funcionamento. Conseqüentemente, se estabelecem perspectivas divergentes quanto a etiologias e tratamentos adequados para as doenças.

Mesmo que a literatura médica costume basear-se na noção de o saber médico cientificamente autorizado ser tão somente reproduzido pelas pessoas em seu contexto sócio-cultural, as próprias crenças e valores médicos foram criados em resposta às doenças de modo socialmente organizado. Sob qualquer ponto de vista, seja médico ou leigo, a experiência da doença apresenta aspectos individuais e coletivos, constituindo-se como uma realidade social. A maneira como o processo saúde – doença é abordado em um determinado contexto determina um modelo explicativo, ou seja, a enfermidade é alvo de uma série de proposições ou generalizações, sejam explícitas ou tácitas, no meio social em que ocorrem (ALVES, 1993).

Os discursos do sujeito coletivo que nos deram as várias representações sociais de saúde das famílias da Barra apresentaram idéias centrais de saúde como equilíbrio, bem estar, boa alimentação, participação comunitária, ajuda mútua, prevenção e ausência de doença.

Pudemos sentir nos discursos a ênfase dada à saúde como equilíbrio, e a referência que fazem ao equilíbrio está relacionada ao equilíbrio do homem com o meio e com os outros homens. Este entendimento de saúde enquanto equilíbrio nos reporta ao modelo da Tríade Ecológica de Leavell e Clark (1978), que prevê o equilíbrio entre o agente, o hospedeiro e o ambiente. A alteração de um destes elementos promove a ruptura do equilíbrio de todo o sistema, determinando o aparecimento da doença (GELBCKE, 1992).

Muitas das expressões – chaves aqui apresentadas poderiam ser analisadas nas diversas idéias centrais que originam o discurso de saúde; isto nos faz pensar que a representação social de saúde não é estática e está ligada à visão de mundo de cada pessoa. Estes discursos espelham uma realidade vivida. Além disto, nenhum conceito de saúde é uma verdade acabada, por isso estes entendimentos se ajustam, se moldam e se interpõe de forma que se completam. Na verdade, o que podemos constatar é que nas famílias da Barra existe a representação do discurso hegemônico, principalmente no que diz respeito à saúde enquanto bem estar e equilíbrio.

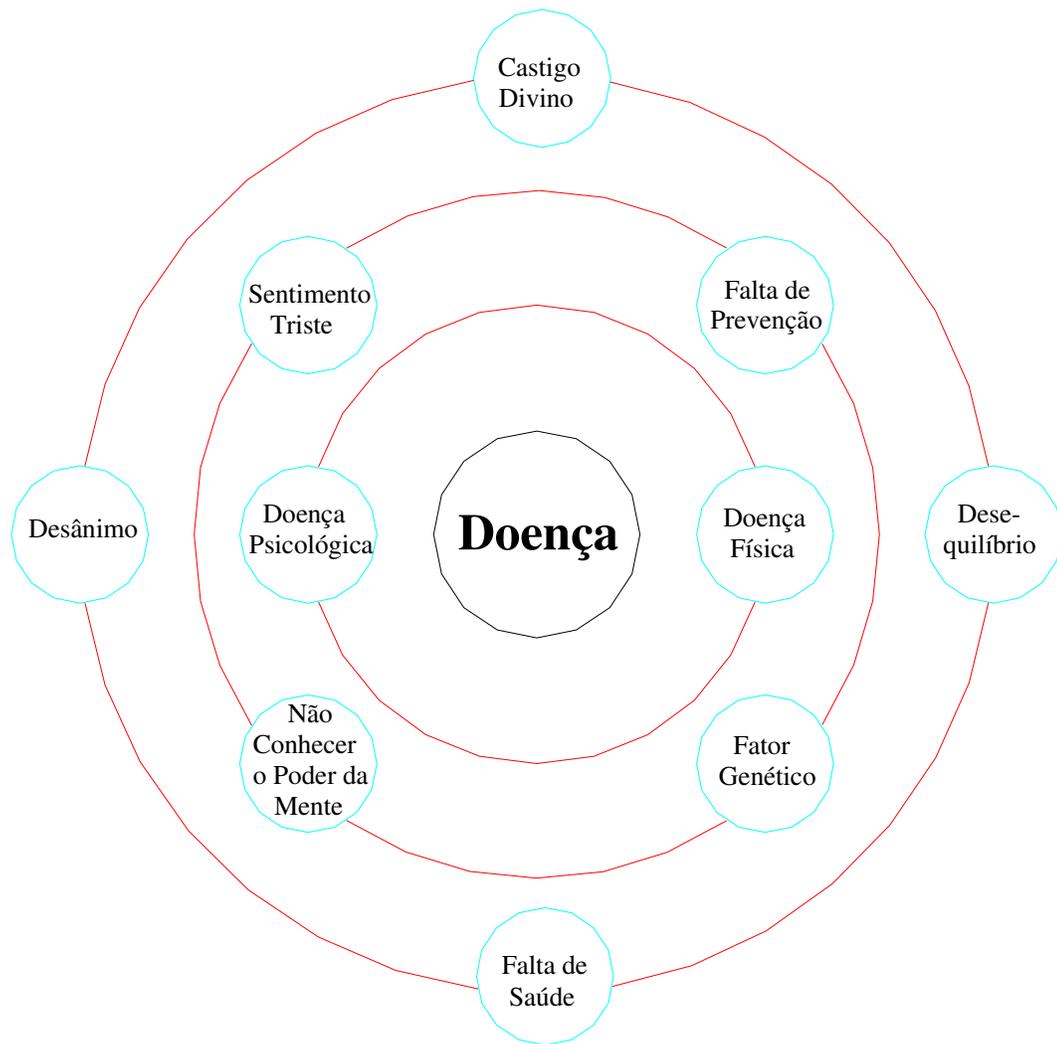


figura 3: Idéias Centrais de Doença

Com relação ao DSC sobre a representação social de doença o que pudemos perceber nas famílias da Barra foi que conceitos como desequilíbrio, algo muito triste, uma coisa que faz o organismo seguir em sentido contrário se soma com significados relacionados à doença física e psicológica. Devido a uma religiosidade muito predominante nas famílias o discurso de que a doença é um castigo divino foi muito enfático. Apareceram ainda discursos que relacionavam a doença com falta de prevenção ou ainda com herança genética.

Conforme Fernandes e Lopes (2004) a saúde é um estado natural para o indivíduo, a doença ao contrário não é natural, não provém do indivíduo, deriva da introdução (no corpo) real ou simbólica de elementos nocivos. A doença é um estado que afeta o corpo do indivíduo e constitui um fenômeno da atividade médica e do sujeito/doente. O médico ao interpretar os sintomas do doente, atribui-lhes um significado – diagnóstico médico e inicia um tratamento/ medicalização, mas o doente possui também um modelo explicativo para a situação, que ao estar enraizado na sua cultura, reflete os valores sociais dessa cultura, que podem ou não coexistir com as categorias do saber médico.

Para a antropologia, o modelo explicativo da doença não é a tradução objetiva de sinais e sintomas, sua significação faz parte da mesma realidade cultural que a modela (ALVES, 1993).

Os discursos das famílias da Barra relacionados à experiência de doença deixaram muito claro que para eles são várias e diferentes as representações sociais da doença, e podem ser tanto uma constatação física da doença no próprio corpo, quanto experiências de doença como um evento psicossomático, onde o sentimento de estar doente passa pela sensação psicológica de sentir-se doente. Essas falas: *sinto-me doente, sou todo doente, meu corpo está doente* aparecem de uma forma muito enfática nos discursos de P3, M4 e M10.

DSC 1 – DOENÇA

A doença é o desequilíbrio, entra no organismo e o faz seguir em sentido contrário, vem pelo modo de vida da pessoa, pela alimentação errada, falta de cuidado e prevenção.

DSC 2 – DOENÇA

Quem não tem saúde, é doente, pode ser do corpo físico ou psicológico, vem de não conhecer o poder da mente, estar triste, isolada, não querer comer, nem conversar, não ter ânimo, só vontade de se isolar.

DSC 3 – DOENÇA

Deus é que permite a gente ficar doente, castiga com a enfermidade pelos erros da juventude.

Quando falamos de doença física, confrontamos o que no nosso entender é manifesto através da percepção da doença dando-se através de alguns sinais e sensações corporais, indicativos de que algo impede o funcionamento normal do corpo (dor, febre, não comer, fraqueza) e pela incapacidade de realizar qualquer atividade por menor que seja.

A percepção se dá através do conjunto de sensações desagradáveis e sintomas, sendo o corpo, veiculador de mensagens que ao serem apropriadas pelo indivíduo conduzem ao significado da doença.

A doença é uma construção social e a cultura, plena de significações, somente tem valor se compartilhada pelo grupo social. Os relatos sobre a dor sinalizam o sofrimento; a enfermidade e o estar doente. A percepção e os relatos a respeito da doença são influenciados por muitos elementos. Eles são a vivência cultural do doente, o seu repertório lingüístico, o seu domínio ou não dos termos médicos, suas crenças e representações sobre doença (ALVES, 1993).

Um fato muito interessante e que chamou nossa atenção foi a religiosidade que ficou expressa nos discursos das famílias da Barra quando atribuíram as doenças à permissão divina, e mais que isso, não poucas vezes a doença foi atribuída a um castigo divino, como se o deus controlador de suas vidas, os regulasse e dominasse de tal forma que a doença pudesse servir de penalidade diante do fato de terem cometido algo errado.

As explicações sobre as doenças em uma determinada cultura combinam conceitos populares e aqueles provenientes da mídia e do modelo médico científico. Assim, podem ser considerados diferentes universos de causas que se combinam

de acordo com cada cultura para explicar a etiologia das doenças com base no mundo sobrenatural, no mundo social, no mundo natural ou no próprio indivíduo. Em geral, as teorias leigas são multicausais, no entanto a procura de uma alternativa específica de tratamento depende da percepção de sua causa, bem como da acessibilidade para a pessoa.

Outro discurso muito eloqüente nas famílias da Barra consistiu em atribuir a doença ao modo de vida que a pessoa escolhe, tipo de alimentação, estilo de vida, definindo que a doença é fruto do desânimo, e que esse desânimo os leva ao isolamento, impedindo-os do convívio e crescimento em grupo.

A pessoa que adoece passa por um processo no qual define a doença de forma subjetiva, o que envolve aquilo que está sentindo e o significado que atribui ao que está acontecendo com ela com base em sua experiência pessoal, além da maneira como as pessoas com quem se relacionam interpretam e respondem às manifestações do doente. Essas interpretações pessoais e grupais costumam ser parte de uma forma mais ampla de explicar infortúnios diversos, entre os quais a doença, em um determinado grupo social. Assim, a doença é construída a partir de mudanças físicas e emocionais pela experiência subjetiva da pessoa e formalizada socialmente pelos outros.

Definições mais flexíveis, quer de saúde, quer de doença consideram múltiplos aspectos causais da doença e da manutenção da saúde, tais como fatores psicológicos, sociais e biológicos. Contudo, apesar dos esforços para caracterizar estes conceitos, não existem definições universais.

Sendo assim a presença ou ausência de doença é um problema pessoal e social. É pessoal porque a capacidade individual para trabalhar, ser produtivo, amar e divertir-se está relacionado com a saúde física e mental da pessoa. É social, pois a doença de uma pessoa pode afetar outras pessoas significativas como família, amigos ou colegas.

A história da saúde e da doença é desde os tempos mais longínquos uma história de construções de significados sobre a natureza, as funções e a estrutura do corpo e ainda sobre as relações corpo espírito e pessoa ambiente.

A história da medicina mostra que essas significações tem sido diferentes ao longo dos tempos, constituindo, pois, diferentes narrativas sobre os processos da saúde e da doença.

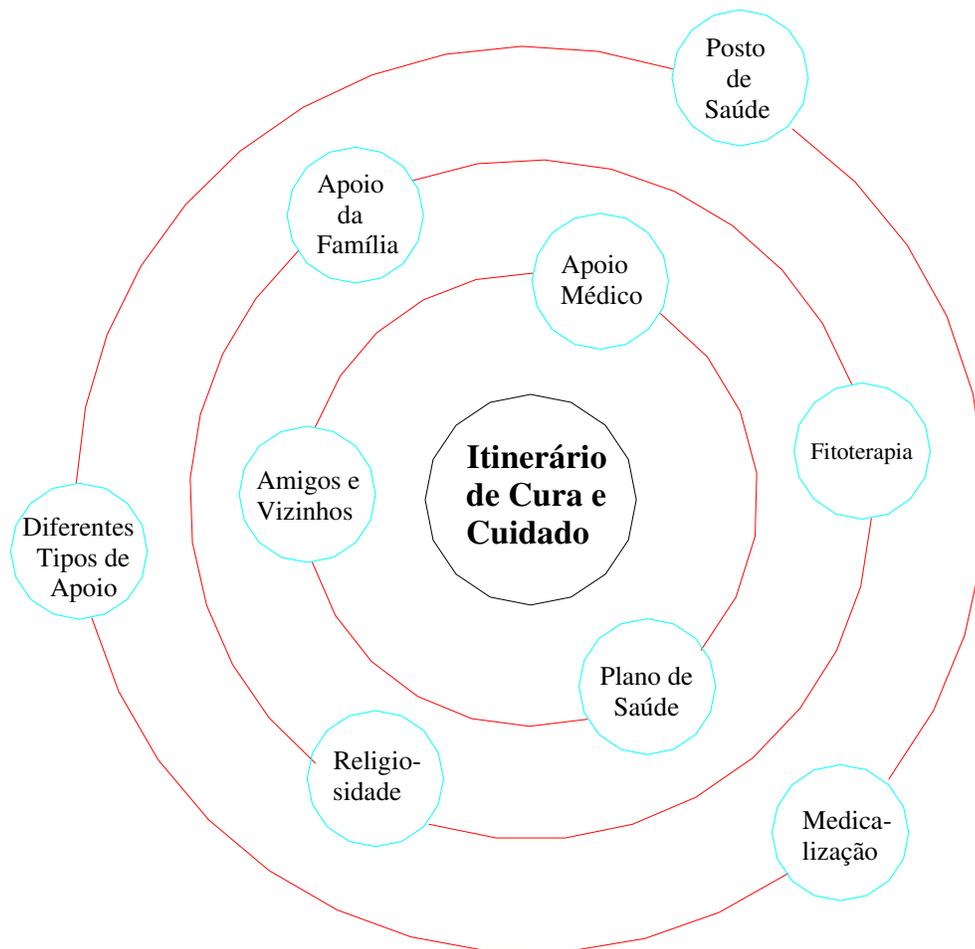


figura 4: Idéias Centrais dos Itinerários

Com relação aos discursos do sujeito coletivo dos itinerários de cura e cuidado adotados como estratégias de apoio, as representações sociais das famílias da Barra nos revelaram as seguintes idéias centrais: Apoio médico, apoio do posto de saúde, apoio da família, apoio da fitoterapia, dos medicamentos, da religiosidade, de um plano de saúde, dos amigos, vizinhos e grupos , assim como também aparecem as próprias famílias representando uma forma de apoio.

DSC 1 – ITINERÁRIOS

Quando a gente está doente, procura sempre o médico, nunca saí sem ser atendida, eles atendem muito bem lá no posto de saúde, as meninas vem aqui quando eu não posso ir, tinha plano de saúde, vou no hospital, dependo dos remédios, mas sempre recorro a algum chá, já é tradição da família a fitoterapia.

DSC 2 – ITINERÁRIOS

A gente ajuda aos filhos, eles ajudam a gente, um ajuda o outro, tem também os vizinhos, os amigos, os parentes que nos socorrem, converso, peço opinião, peço ajuda, mas primeiro de tudo buscamos a Deus na oração, a igreja oferece apoio, os irmãos vem orar, aprendi que isto é muito importante.

Todas as famílias entrevistadas em um ou em outro momento fizeram referência ao médico como apoio positivo, quer seja da unidade básica de saúde, quer seja do posto central ou os próprios médicos particulares, isto nos reporta ao modelo biomédico clássico ou formal existente na comunidade, também adotado no modelo de atenção à saúde, que atribui ao médico a detenção do saber e da cura das doenças, modelo que predomina na nossa cultura. Também somos inclinados a pensar que a presença do médico como membro do grupo de pesquisadores e sua relação muito próxima e positiva com a comunidade em estudo possa ter determinado em partes essa resposta.

Para Helmann (1994) o sistema médico oficial de uma sociedade complexa convive com outras alternativas, que podem ser utilizadas pelas pessoas que buscam ajuda para resolver desconfortos físicos ou emocionais. Esse pluralismo médico envolve sistemas com diferentes abordagens das doenças, o que interessa menos para o paciente que a sua capacidade de resolver seu problema de saúde. Mesmo assim para compreender o pluralismo médico é necessário considerar as características sócio-econômicas e culturais das alternativas que estão ao alcance da pessoa doente.

Entendemos que esta referência ao apoio médico é decorrente de um referencial predominantemente biomédico, que nos sugere que a forma como foram conduzidas as atividades da equipe de saúde local, levaram à manutenção do modelo de atenção à saúde centrado no médico, com perda de oportunidades para integração do conhecimento popular no serviço de saúde evidenciada pelo descaso com as demandas dos clientes do serviço. Esse conflito entre proposta de mudança na prática assistencial contida no PSF e a prática das equipes tem como uma das causas identificáveis a falta de uma previsão para o atendimento da demanda espontânea, forçando os serviços a uma atuação ligada a projetos médicos hegemônicos, a fim de responder a demandas imediatas (FRANCO; MEHRY, 1999).

Ainda assim, na fala de M10: “...às vezes depende do médico, tem uns que não ajuda muito”, encontramos um apoio que podemos considerar como negativo, o que vem contrastar com a maioria dos discursos obtidos.

Outra idéia central que aparece no discurso do sujeito coletivo relacionado à representação social dos itinerários de cura e cuidado é o apoio do Posto de Saúde. “*Nós vamos ao Posto de Saúde...*” P3, M4 “...até hoje não saímos de lá sem ter resolvido...” M1.

Confirmamos esta idéia quando comparamos com o estudo de Silva; Scholze; Fagundes (2004), onde as agentes comunitárias de saúde afirmam que existe uma grande procura da comunidade pelo atendimento no Posto de saúde, muita embora esta seja centrada nas consultas médicas, o que provoca uma limitação operacional pela desproporção entre o número de moradores que acorrem ao serviço e o número de consultas possíveis.

Pensamos na possibilidade da representação tão eloqüente do Posto de Saúde como fonte de apoio ser devida à presença do médico na maioria das entrevistas, ou também da presença das ACS, especialmente porque os informantes

foram buscados a partir de uma população coberta pelo PSF, porém cabe ressaltar que nos discursos predomina um aspecto muito positivo do Posto de Saúde como parte dos itinerários da Barra.

Fato interessante, no entanto, é que nos discursos não aparecem referência alguma ao Programa de Saúde da Família, aparecem o médico, as enfermeiras e agentes de saúde, a procura pelo posto, a visita domiciliar, mas o PSF não aparece como uma representação social, entendemos que isso ocorre devido ao já citado modelo médico hegemônico, onde ocorre simplesmente uma reprodução na nova Unidade de Saúde da Família, do que a comunidade já encontrava no antigo Posto de Saúde.

Com relação à representação social de apoio oferecida pela família, encontramos diversos discursos nas famílias da Barra que enfatizaram esta prática: *A família ajuda...* C4, M2, P3; *“...a gente procura resolver tudo dentro de casa..”*.M5, M9 definindo o importante papel que a família representa no cuidado de seus membros.

Para autores como Osório (1996); Boff (1999); Waldow (1998), existe uma prática inserida na vida familiar identificada como o cuidado e que assume peculiaridades nas diferentes épocas e/ou culturas, conforme as necessidades dos indivíduos. É papel da família garantir a sobrevivência dos seus, oferecendo cuidado, mantendo relações de amor e amizade e partilhando conhecimentos terapêuticos.

Embora a família não se constitua apenas como um lugar onde se propicie a felicidade, conforme Mito (1997), ela deve construir uma dinâmica própria de relacionamentos, onde ocorra negociação cotidiana entre os seus membros e o meio social onde se inserem. Assim, nesse processo cria-se uma cultura familiar com seus códigos, interpretações, comunicações, regras, ritos e jogos próprios, em que os significados desse universo pessoal traduzem-se mais em ações interpretadas num contexto emocional do que são propriamente expressos no viver da família.

Percebemos nas famílias entrevistadas, uma grande mobilização em torno do apoio que a família representa, reportamo-nos a Elsen (2002) quando contextualiza e define o cuidado familiar como um sistema de saúde com um modelo explicativo de saúde e doença próprio que serve como um guia internalizado para a promoção, prevenção e tratamento dos problemas de saúde.

Os membros das famílias pesquisadas encontravam apoio mútuo quando suas necessidades eram relacionadas à saúde, pois a maioria era constituída de casais, e alguns se dedicavam ao cuidado dos netos; os filhos, irmãos ou outros familiares apareciam mais quando surgiam necessidades que não tão relacionadas à saúde. Duas famílias mantinham cuidadoras contratadas, porém o cuidado se limitava ao período diurno, pois à noite a família reassumia o cuidado.

Num outro discurso encontramos a representação social do apoio da fitoterapia muito presente na maioria das famílias da Barra como se vê nas falas: *...sempre recorro a algum chá...M5;...a gente usa folhas amargas, muito verde...P1; levantamos da cama com remédios do meu quintal...M3.*

Sabemos que a prática da fitoterapia é muito difundida nas comunidades, não sendo diferente na comunidade em estudo, na nossa prática profissional o apoio da fitoterapia vem ocupando cada vez mais espaço como forma de cuidado, o que representa maior facilidade de acesso a populações de menor poder aquisitivo.

Silva *et al* (1996) relacionaram diversos usos populares da fitoterapia no tratamento de problemas de saúde comuns, referindo suas vantagens no aspecto econômico em relação a drogas industrializadas, sendo estas fonte comuns de efeitos indesejados. Ainda que as plantas medicinais não estejam isentas de riscos se usadas sem critérios, elas fazem parte do conjunto de experiências de cuidado e tratamento, positivas ou negativas, transmitidas nas redes sociais das famílias como medicina caseira. O conhecimento dessa alternativa abre um espaço para a atuação dos profissionais de saúde através de uma melhor compreensão das alternativas populares e mesmo favorecendo sua inserção nas redes sociais e de apoio existentes na comunidade.

Percebemos que as ancoragens da fitoterapia e da medicina caseira residiam em fontes diversas, desde as tradições familiares e prescrições antigas, terapias naturalistas e orientais baseadas na unibiótica, orientações da pastoral da criança e da Secretaria do meio ambiente, que disponibilizava fitoterápicos, sendo que estes anteriormente eram cultivados pelas famílias ou adquiridos no comércio informal.

Conforme Queiroz (2003) o uso de plantas medicinais é mais significativo entre idosos, e depende da inserção destes nas famílias para que seja difundido, o que foi confirmado pelas ACS da Barra no estudo de Silva; Scholze; Fagundes (2004), quando relataram que o uso de chás caseiros era freqüente entre os idosos

e nas famílias de pescadores. Tal fato foi novamente reforçado pelos discursos encontrados nas famílias pesquisadas.

Encontramos ainda o apoio dos medicamentos como uma prática constante nas famílias, assim como em seus discursos sobre saúde, onde a referência ao não uso de medicamentos aparecia como uma expressão de saúde, ou a dependência dos remédios como uma manifestação da doença, encontramos uma representação social de apoio caracterizada pelo poder dos medicamentos e pela sua adoção como prática freqüente como podemos ver nas falas:” *eu tomo remédio...C2;*” *..a gente toma tantos remédios..*”M5 “... *Sempre tem um remédio quando precisa...*M6.” E mesmo quando a informante nega enfaticamente o uso da automedicação, verificamos durante a observação um arsenal de medicamentos na residência da mesma.

Seja na automedicação, na consulta ao balconista da farmácia ou mesmo na procura pelo médico do Posto, a tentativa de resolver o problema de saúde o mais rápido possível envolve a expectativa de consumir uma solução pronta sob a forma de medicamento. Essa relação entre consumo e alívio pode ser identificada psicogeneticamente com a experiência original da fome, também uma sensação de que algo vai mal com o corpo, passível de resolução com a comida, permitindo um paralelo com o alívio da dor pela ingestão de um medicamento. Mais ainda, a medicação é disponível para a compra, ou seja, a saúde é um objeto de consumo como outros da sociedade capitalista que reduz o corpo a uma máquina voltada para a produção, sendo necessário corrigir seus defeitos de forma mais rápida possível para que volte a produzir e consumir (LEFÈVRE, 1999).

Identificamos além dos medicamentos prescritos e da automedicação, o uso de medicamentos sob orientação de balconistas da farmácia, fato confirmado pelo estudo com as ACS (SILVA; SCHOLZE; FAGUNDES,2004), porém o que caracterizamos como representação social de apoio o uso de medicamentos como parte de uma cultura familiar, onde este cuidado se dá a partir das experiências anteriores, que já obtiveram sucesso, e podem no seu entender serem repetidas sem problemas.

Outra forma de apoio encontrada nas famílias da barra foi a religiosidade. Conforme foram apresentados na categorização das famílias estudadas, as religiões evangélicas tem um grande predomínio na comunidade, pois contam com um grande número de seguidores na Barra, o que acaba por influenciar o

comportamento em relação ao processo saúde-doença influenciando-os de diversas formas, de modo que nos seus discursos muito se atribuí às forças divinas. No que se relaciona a saúde sendo permitida, ou uma dádiva de deus, bem como a doença como sendo um castigo divino.

A religião católica, também representativa na comunidade, embora não apareça como uma ancoragem nos discursos, aparece como uma forte fonte de apoio, onde vários relatos confirmam o apoio social de diversas formas, prevalece a presença de uma relação com pastoral de criança manifesta como uma forma de organização social atuante.

No estudo realizado por Silva; Scholze e Fagundes (2004) o juízo que as agentes de saúde fazem com relação aos evangélicos aproxima-se das categorias que Valla (2000) identifica na abordagem dos profissionais e políticos e classe média em relação a essas religiões populares: manipulação e alienação. Este autor ressalta, porém, a importância das religiões populares como alternativa para os problemas de saúde. Os possíveis benefícios resultariam menos da ação de um líder religioso que do espaço partilhado, fonte de apoio social, capaz de permitir a catarse nos cultos, impossível em outras situações de estresse na vida familiar e profissional, e capaz de apontar possibilidades de melhorias nas condições de vida que não são identificáveis de outro modo em meio às carências sua situação social

Os grupos de oração aparecem como apoio das igrejas evangélicas, e naturalmente a oração é a forma de apoio mais predominante, como itinerário de cura e cuidado.

Em apenas uma das entrevistadas, no entanto, encontramos referência a curador: “...aprendi com um curador lá...” M6.

A benzedura envolve uma relação entre cliente e benzedor com fins basicamente terapêuticos, na qual o benzedor é um intermediário para a obtenção da cura junto a uma divindade, utilizando-se principalmente a prece nesse processo. Esses terapeutas populares geralmente tem uma ligação com a religião católica, especialmente em áreas rurais mas também em centros urbanos, o que pode contribuir para a recusa manifesta por fiéis evangélicos quanto ao uso desta alternativa de tratamento. Ainda que não reconhecidos pela grande parcela da população da Barra do Rio que participa de igrejas evangélicas, a atividade dos curadores ou benzedoras implica o reconhecimento social dessas pessoas como detentores de um suposto poder que lhe permite: verificar e influenciar eventos

futuros além do controle do cliente; identificar influências de terceiros nesses eventos; agir sobre conseqüências do mau olhado de alguém; além de curar problemas físicos tanto através da relação com o sagrado como utilizando conhecimentos de medicina popular (QUINTANA, 1999).

As terapias espíritas não tiveram relatos por parte dos entrevistados como usuários, somente por esta entrevistada que era proprietária da casa onde eram realizadas as terapias espíritas, muito embora a casa fosse identificada como local de massagens, estas foram relatadas por M6 como alternativa terapêutica buscada por várias pessoas da comunidade e de outros locais.. Isso está de acordo com o estudo de Silva; Scholze; Fagundes (2004) onde as ACS desconhecem a prática dessa alternativa de itinerários, muito embora os pacientes atendidos no Posto de Saúde tivessem se submetido a tais tratamentos.

A representação social de apoio identificado no plano de saúde, apresenta-se como uma forma de segurança que os entrevistados relatam. *“...mas tinha plano de saúde, então era bem atendido...”* P1; *“...tu vai com convênio, é bem atendido”* M7, onde a garantia do bom atendimento estava atrelada ao fato da pessoa ter um plano de saúde.

Farias (2001) ao estudar camadas populares que aderiram voluntariamente a planos de saúde, verificou que a qualidade da atenção, as condições de acesso e a segurança foram considerados superiores nos planos de saúde, em relação ao SUS. A qualidade de atenção não se referia necessariamente à competência dos profissionais, era mais uma crítica às condições de trabalho, em volume e remuneração, a que médicos eram submetidos nos serviços públicos. As condições de acesso facilitadas e a expectativa de maior previsibilidade na garantia do atendimento quando houvesse necessidade atraíam as pessoas para os planos de saúde, especialmente aquelas consideradas mais vulneráveis, como as mulheres e os idosos.

Nas famílias entrevistadas não encontramos comparação com os serviços de saúde públicos e privados por parte de seus discursos, muito embora a segurança de ter um plano de saúde apresentou-se como um fato a ser considerado.

O apoio oferecido pelos parentes, vizinho e outros grupos aparece nos discursos das famílias da Barra, e embora não tenham grande representatividade, podem constituir-se em uma forma de representação social, porque suas falas são enfáticas ao caracterizar a ajuda e diferentes formas de apoio que estes

representam, sejam como fonte de apoio financeiro, seja de auxílio nos transportes em situação de doença, ou ainda como alguém com quem pudessem contar na hora da necessidade de um apoio emocional., bem como na escolha de um tratamento terapêutico.

“Temos os amigos que ajudam” M4; *“os filhos me socorrem, até vizinho já me socorreu”* P3; *“ eu tenho amigas mais experientes, peço opinião...”* M6; *“...eu vou no grupo de hipertensos, lá aprendi muito...”* M9.

As pessoas estão no centro das chamadas redes terapêuticas. Os conselhos circulam por essa rede, começando com a conversa com vizinhos, amigos, família, etc. Mesmo após uma recomendação ter sido recebida, ela pode ser discutida ou avaliada por outras partes da rede, à luz do conhecimento e das experiências de cada uma dessas partes, é o que nos afirma Helman (2003) ao estudar as redes de cura e cuidado.

Encontramos também diferentes tipos de apoio utilizados pelas famílias da Barra, que formaram um discurso único embora isoladamente não tenham constituído uma representação social. São relatos diversos de usos de diferentes alternativas como auxílio de políticos, bombeiros ou até mesmo a corporação policial. A utilização do hospital mostrava uma vantagem com relação aos outros serviços que era a rapidez com que se era atendida, muito embora alguns atendimentos foram relatados como de péssima qualidade, onde se necessitava de pagamento adicional, contrapondo-se aos princípios do SUS.

Tais obstáculos ao atendimento hospitalar, segundo Cohn (2001), constituem uma herança do SUS pela persistência de uma relação entre o setor público e o privado, na qual a mesma lógica de universalização já presente no nível primário deveria ser seguida também nos níveis secundário e terciário.

Finalizando encontramos a representação social das famílias da Barra de ser apoio. Os discursos encontrados nos deram conta de um universo de formas de apoio que servem até como alternativa de auto-ajuda, onde as famílias pesquisadas referem que o fato de lembrarem que tem alguém para ajudar os faz esquecer das próprias situações de doença.

Ora, o apoio provido pela rede social pode assumir diferentes formas de acordo com as funções da rede que podem ser: companhia social, apoio social, apoio emocional, ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos. Evidencia-

se então a influência das redes sociais para a manutenção e recuperação da saúde das pessoas (SLUZKI, 1997).

A seqüência do estabelecimento das representações sociais é partilhada pelo processo saúde-doença, enquanto representação social. No processo denominado itinerário terapêutico o doente e seu grupo social procedem à escolha, avaliação e utilização ou não de determinada terapêutica, influenciados por seu contexto sócio-cultural. As primeiras teorias voltadas para itinerários terapêuticos, denominados comportamento do enfermo baseavam-se na idéia de uma avaliação das escolhas em termos de custo-benefício, adotando uma orientação individualista e pragmática segundo a qual as pessoas buscam satisfazer suas necessidades racionalmente (ALVES; SOUZA, 1999).

Finalizando, apresentamos os quadros dos itinerários construídos por Silva; Scholze; Fagundes (2004), como síntese dos apoios encontrados pelas famílias da Barra do Rio caracterizando-os como estratégias de enfrentamento nas situações de saúde e doença.

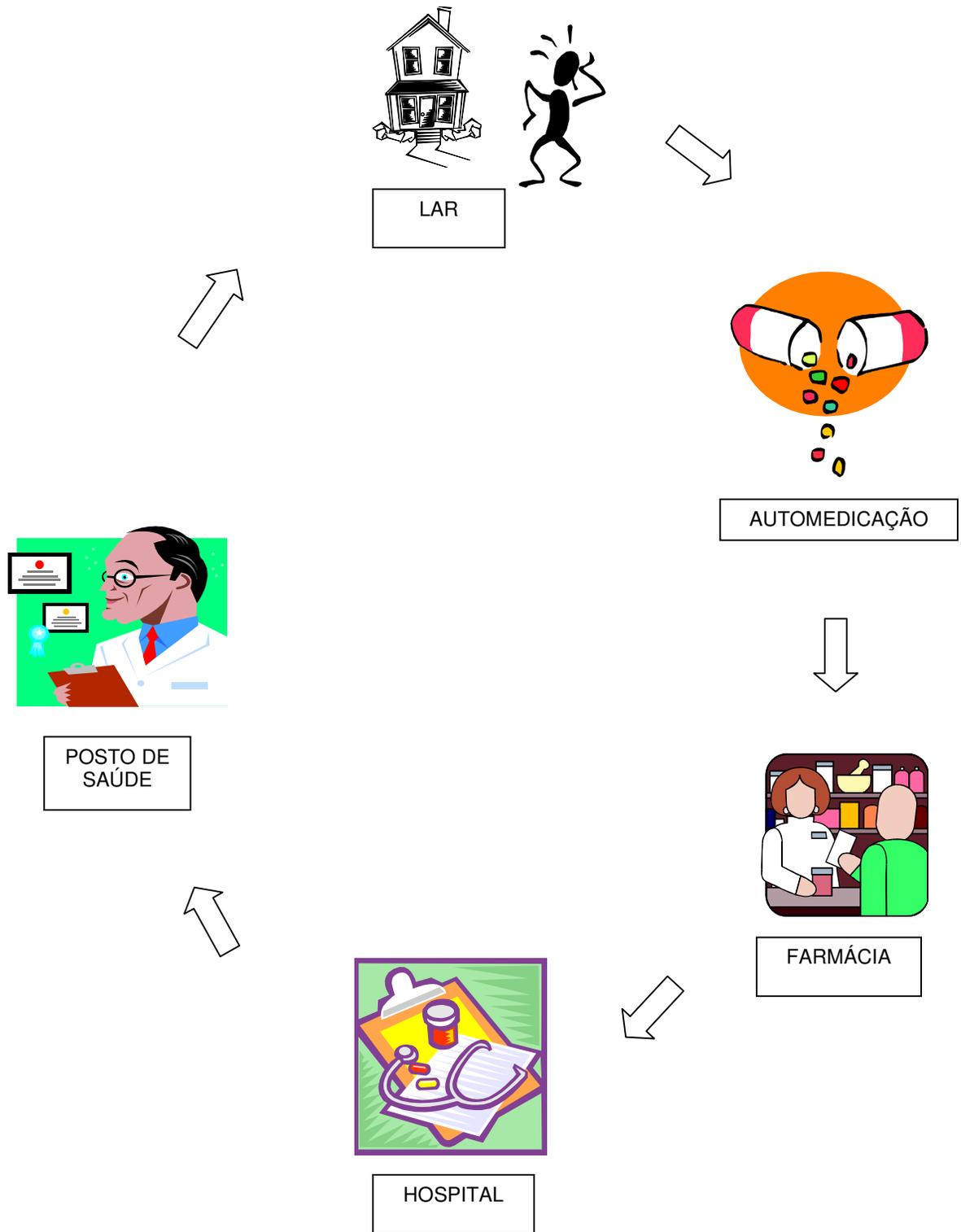


Figura 5

Itinerário de Cura e Cuidado (SILVA; SCHOLZE; FAGUNDES, 2004)

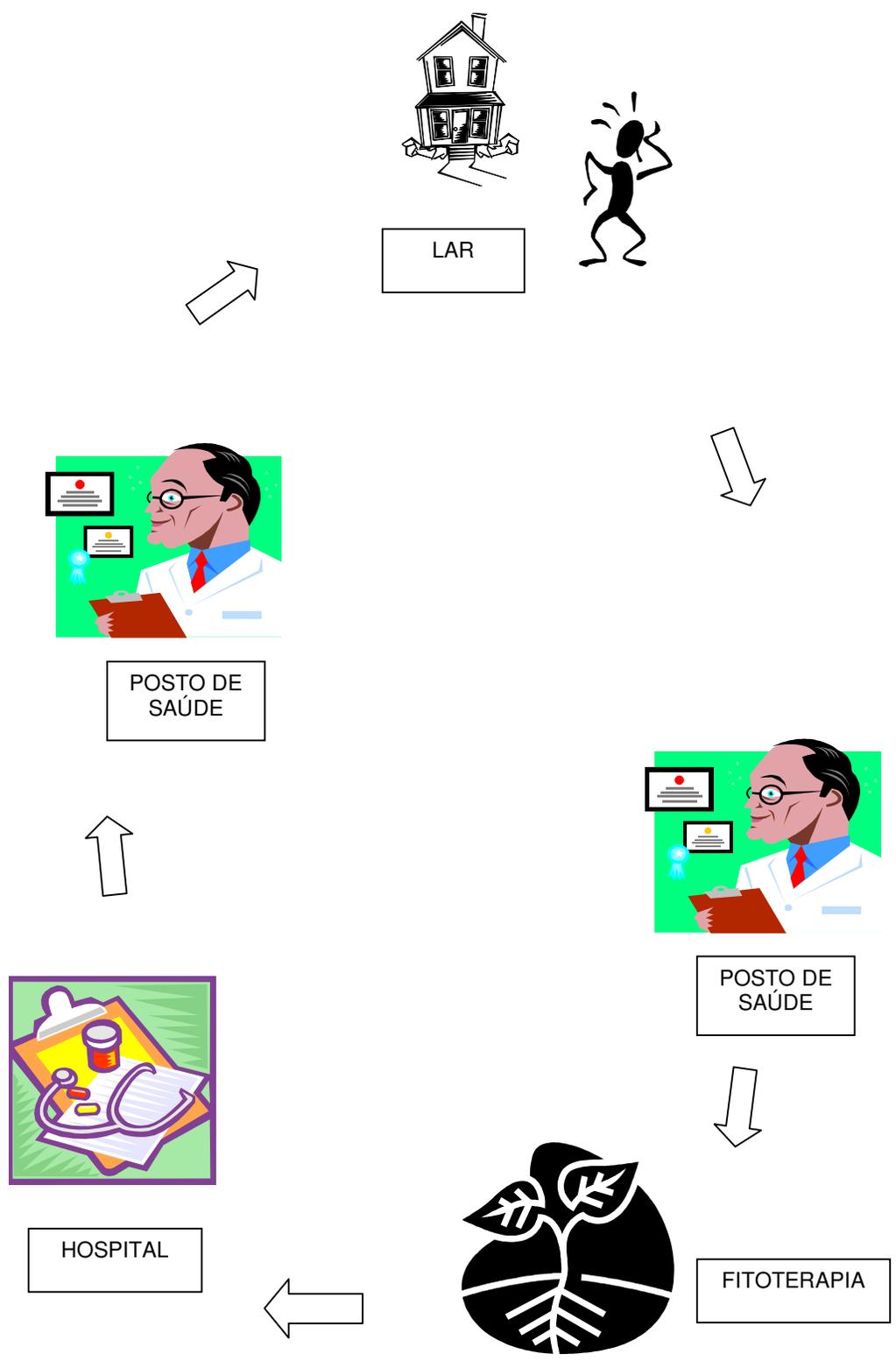


Figura 6

Itinerário de Cura e Cuidado (SILVA; SCHOLZE; FAGUNDES, 2004)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após ficarmos meses imersos nos dados, procurando seguir os passos indicados pela metodologia para o desenvolvimento do estudo, procuramos agora, focalizar alguns aspectos que se apresentaram no decorrer do mesmo, aos quais teceremos considerações, bem como apresentaremos as limitações encontradas e possíveis recomendações.

Ao chegar nesta etapa do trabalho, nossa vontade é começar tudo de novo e aprofundar os elementos teóricos que surgiram no processo de pesquisa, no desejo de ampliar a compreensão do tema. Porém, isso seria um novo momento e novas representações certamente surgiriam, o que com certeza originaria outros estudos.

Os resultados obtidos no estudo abrem espaço para compreensão do ambiente familiar e suas representações sociais, portanto, ao considerarmos as representações sociais das famílias da Barra sobre saúde encontramos um discurso onde percebemos que praticamente não é possível falar de saúde sem falar de doença, os participantes do estudo associam imediatamente a saúde à doença, deixando evidente que estas são representadas por um processo. Além disso, o processo saúde-doença é compreendido de forma multidimensional, incluindo as dimensões física, psíquica, social e espiritual.

A saúde aparece como um dos elementos mais importantes da vida. Nas representações sociais das famílias percebemos a dimensão física do processo saúde-doença, de tal forma que a saúde está relacionada com um estado de bem-estar, de felicidade, de vida em comunidade, de aproveitar a vida, viver em paz, estar em equilíbrio. É vista ainda como um dom de Deus, portanto, através desse discurso percebemos o grande significado da dimensão espiritual para os participantes.

Em relação à doença, a representação social das famílias da Barra atribui ao estilo de vida e aos hábitos dos indivíduos o aparecimento da doença, caracterizados pela alimentação errada e pela falta de prevenção o que aparece com muita frequência nos discursos. A doença servindo como um aviso de que algo não está indo bem no organismo é um discurso bastante interessante, uma vez que leva à mudança de comportamento, para melhor, tornando a vida mais equilibrada.

Pelas narrativas das famílias participantes encontramos estratégias comuns de enfrentamento das doenças que caracterizamos como itinerários de cura e cuidado, aos quais denominamos tipos de apoio, apresentando o que consideramos como representação social destes itinerários.

Nos seus discursos elas percorrem circuitos paralelos de atendimentos, desde a medicina oficial, onde aparecem, os apoios médicos, do posto de saúde, do plano de saúde; a medicina popular onde aparecem a fitoterapia, a medicalização, o uso da alimentação adequada; até a busca do apoio familiar, onde aparecem a referência à família, aos amigos, vizinhos e outros grupos.

A religiosidade, no entanto revela-se como uma representação social muito marcante dos itinerários de cura e cuidado, muitas famílias nos seus discursos dão conta de expressar que a determinação divina é responsável pela sua doença ou saúde, bem como o quanto de apoio a religiosidade lhes oferece.

Os discursos evidenciam, então, uma visão bastante complexa e, por vezes contraditória, dos apoios utilizados como estratégias de enfrentamento das doenças. Existe a visão fatalista, segundo a qual nada que for feito irá mudar o que Deus determinou e há, também, a visão de que a saúde está na maneira de viver de cada indivíduo e que não depende só do médico, ou só de Deus, mas também de uma série de cuidados que devem ser tomados, ao longo da vida, pela própria pessoa, para prevenir as doenças. Percebemos assim um resgate da responsabilização da saúde pelo indivíduo.

As representações sociais, enquanto senso comum, idéias, imagens, concepções e visão do mundo que as famílias da Barra do Rio possuem sobre a realidade, explicam a construção do conhecimento de saúde e doença entre elas, bem como nos permitem identificar os itinerários de cura e cuidado utilizados pelas mesmas. A compreensão destas representações sociais permite-nos pensar em ações a serem realizadas com tais famílias de forma que levemos em conta os valores, as atitudes e as crenças das mesmas.

Sendo assim, consideramos que este estudo oferece elementos para explorar as práticas de saúde na vida cotidiana das famílias, o que abre uma janela para a enfermagem e demais profissionais da saúde, para a compreensão da família no seu ambiente de vida, e a interação com a mesma, isto por si só já nos permite enfatizar que novos estudos podem e devem ser realizados nesta área.

Além de buscar respostas para as questões que suscitaram o estudo, este nos possibilitou um conhecimento sobre a metodologia do discurso do sujeito coletivo, sob a teoria das representações sociais. O caminhar entre o levantamento e a análise dos dados sob tal teoria, fez emergir em nós a sensibilidade e o pensamento analítico sobre o próprio processo de pesquisa e o tema do estudo. Não foi fácil desenvolver o estudo dentro desta metodologia, uma vez que a cada passo surgiam novas descobertas, completamente alheias ao nosso modo de viver, e à nossa prática cotidiana de cuidado, essencialmente assistencial e tecnicista. A metodologia utilizada nos desafiou ao exercício da reflexão, num ir e vir constante entre os dados, abrindo espaço para a criação ao mesmo tempo em que buscamos a confirmação das idéias que compunham as representações sociais.

Em relação às limitações, queremos destacar a necessidade de tempo para o desenvolvimento do estudo, nesse sentido, devido aos diversos compromissos assumidos ou impostos profissionalmente, e na família, durante a elaboração do estudo, não possibilitamos o afastamento desejado para a reflexão sobre o processo construído, limitando o nosso aprofundamento de algumas idéias. A metodologia exige, a cada passo, uma reflexão sobre o processo e suas descobertas.

Finalizando consideramos que este estudo abre perspectivas de outros mais que possam ser realizados, por profissionais da saúde e principalmente pela enfermagem, pois esta se aproxima da família em diferentes momentos e eventos da vida humana, do nascimento à morte, na saúde e na doença e, ainda, nos vários cenários onde ela se encontra, das instituições sociais aos domicílios. Compreender as representações sociais das famílias sobre saúde e doença e de seus itinerários de cura e cuidado, possibilita um melhor entendimento sobre como elas vivem e convivem, indicando caminhos para atuação dos profissionais da saúde, especificamente a enfermagem como sua cuidadora. As representações sociais de saúde e doença das famílias e de seus itinerários de cura e cuidado estão ligados à ações e interações no seu ambiente e entre este e o ambiente externo, do qual fazemos parte como profissionais e membros de uma família.

Sendo assim, considerando o exposto, podemos dizer que alcançamos os objetivos a que nos propusemos no início do estudo, reconhecemos que a análise das representações sociais sobre os conceitos relacionados à experiência da doença e os itinerários de cura e cuidado adotados como estratégias de apoio no

cuidado familiar, permite-nos traçar novos caminhos para as atividades dos profissionais na investigação, no ensino e no trabalho junto às famílias.

REFERÊNCIAS

ALVES, P.C. A experiência da enfermidade: Considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.9. n 3. p. 263-271, Jul./Set. 1993.

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. *In* : RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138.

ALVES, R. Aos que moram nos templos da ciência. *In*: _____ **Entre a ciência e a sapiência: o dilema da educação**. São Paulo: Loyola. 10 ed. 2003. P. 81-128.

AMBROZIO, S. S. **A Comunicação na Mobilização Social**: Um estudo sobre a realidade da comunidade de broqueiros da Barra. Monografia (Bacharel em Comunicação Social) Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, 2003.

AVI, G. D. S. **Informação técnica não basta: as representações sociais da AIDS em profissionais de saúde**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). PUC/RS. Porto Alegre, 2000.

BUDÓ, M. L. D. O cuidado nas famílias rurais de descendentes de imigrantes italianos no RS. **Anais A Multidimensionalidade do Cuidado**. I Encontro Interdisciplinar de Família. p. 25-28, 1994.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999. 200 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Serviços de Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.– **Sistema de Informação em Atenção Básica - SIAB**: Indicadores 2003. 6. Ed. Ver. E atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**: A ciência, a sociedade e a Cultura emergente. Cultrix: São Paulo. 1996. 17. ed. 448 p.

CARTANA, M. H. F. **Rede e suporte social de famílias**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1988.

CHIESA, A. M. A Promoção da Saúde como eixo estruturante do Programa de Saúde da Família. *In: Seminário Estadual: O Enfermeiro no Programa de Saúde da Família*, 1, 2000, São Paulo. Texto de Apoio do Evento/Conferência. 2000. p. 1-7.

CHOR, D. *et al.* Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. V.17, n. 4, p. 887-896, jul-ago, 2001.

COHN, A. O Sistema Único de Saúde: a síndrome da dualidade. **Revista USP**. N.51, set./nov. 2001. p. 6-15.

CORREA, I. B. **História de duas cidades**: Camboriú e Balneário de Camboriú. Balneário de Camboriú: do autor, 1985.

DESLANDES, S.L. A Construção do Projeto de Pesquisa. *In: MINAYO, M. C. S. (Org.) Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 29-50.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede Social de Apoio Durante Transições Familiares Decorrentes do Nascimento de Filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 221-231, set.-dez., 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 05 de julho 2003.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. *In: ELSEN, I.; MARCON, S.S.; SILVA, M. R. S. (org.). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem, 2002. P.11-24

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do estado**. 15 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

FERNANDES, O. M. T.; LOPES, M.A. P. Corpo, Saúde e Doença: representações dos enfermeiros. IV Congresso Português de Sociologia. 2004. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millennium25/25-27.htm>> Acesso em: 16/03/2005.

FRANCO, F. ; MERHY, E. E. PSF: Contradições e novos desafios. 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em: 19/03/2005.

GELBCKE, F. L. Processo Saúde Doença: à procura da essência. **Revista Texto e Contexto**. Florianópolis, 1 (2): 4-19, jul./dez. 1992.

GOMES, H. S. R. **Um estudo sobre significado de família**. (Tese de Doutorado). PUC/SP. 1998.

GONÇALVES, L. O. **Cuidadores primários familiares dos idosos atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Do Vale do Itajaí – UNIVALI**. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. 2002.

GUARESCHI, P. A. Representações Sociais: Alguns comentários oportunos. *In*: NASCIMENTO, SCULZE, C.M. (org) **Novas contribuições para a teorização e pesquisa em Representação Social**. Florianópolis: Coletâneas da ANPEPP;10, 1996.

HELMAN, C. G. Limits of biomedical explanation. **The Lancet**. V. 337, p.1079-1083, may 1994.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Tradução: Claudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Balneário Camboriú –SC**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 19/032005.

JODELET, D. Representações do Contágio e a AIDS. *In*: JODELET, D. e MADEIRA, M. **Aids e Representações Sociais: à busca de sentidos**. Natal: EDUFRRN, 1998.

JODELET, D. **Representações Sociais: Um Domínio em Expansão**. *In*: _____ (org.) Representações Sociais. Rio de Janeiro. UERJ. 2004

JOVCHELOVITCH, S. **Representações Sociais**: para uma fenomenologia dos saberes sociais. Palestra proferida no Encontro Científico – PUC/RS, 1997.

KASLOW, F. W. **Families and family psychologi at the millenium**. American Psychologist, v. 56, n.1, p. 37-46, 2001.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O Discurso do Sujeito Coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Ed. Ver. e ampl. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LEFÈVRE, F.; SPINOLA, A. W. de P. **Pesquisa Qualitativa**: novas metodologias de análise temática de discursos. Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo: 1999.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social – razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

_____. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática – anos 80. Saúde em Debate, n.32, p.27-32, jun. 1991.

_____. **A arte de curar versus a ciência das doenças**. São Paulo: Dynamis, 1996.

MATURANA, H. **A ontologia da Realidade**. Organização: Cristina Magro, Miriam Graciano e Nelson Vaz. Belo Horizonte: UFMG, 1997. 376 p.

MEHRY, E. E. ; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: Somos contra ou a favor? **Saúde em Debate**. V.26, n.60, jan./abr. 2002, p. 118-122.

MELO, C. ; ARAÚJO, M. J. S. A nova prática de enfermagem. ABEN – Comissão Permanente de Serviços, doc III, Brasília: 1992.

MINAYO, M.C.S. Ciência, Técnica e Arte: O desafio da pesquisa Social. *In*: _____(org) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. P. 9-29.

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez. N. 55, ano XXIII, p. 114-130, nov. 1997.

OLIVEIRA, R. C. O trabalho de antropólogo: Olhar, Ouvir, Escrever. *In*: _____ **O Trabalho do Antropólogo**. Brasília / São Paulo: Paralelo 15 / UNESP, 1998. p. 17-35.

OSÓRIO, L. C. O que é família, afinal? *In*: OSÓRIO, L. C. **Família Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. P.14-23.

_____. A família como grupo primordial. *In*: Zimmermann, D.E.; OSÓRIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. P.49-58.

PARKS, S. M.; NOVIELLI, K. D. *A practical Guide to Caring for Caregivers*. **American Family PHYSICIAN**, v 62, p. 2613-2620, 2621-2622. Disponível em: <<http://www.mdconsult.com>> Acesso em: 5 de julho 2003.

PATRÍCIO, Z. M; CASAGRANDE, J.L.; ARAÚJO, M.F.(org) Qualidade de Vida do Trabalhador: Uma Abordagem Qualitativa do Ser Humano através de Novos Paradigmas. Florianópolis: do Autor, 1999. p.19-88.

PORTOCARRERO, V. (org.). **Filosofia, história e sociologia das ciências**. *In*: Abordagens contemporâneas. Rio de Janeiro. Fiocruz. 1994. 272 p.

QUEIROZ, M. S. **Saúde e doença**: um enfoque antropológico. EDUSC. Bauru, SP 2003. 230 p.

QUINTANA, A. M. **A Ciência da Benzedura**: mau olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise. EDUSC: Bauru, 1999, p.228.

REBELO, J. A. **Sem História não dá**: e assim se fez em Camboriú. Balneário Camboriú: do Autor, 1997.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ: **Condensados do SIAB do PSF da Bara do Rio**. (mimeo) 2003.

SECRETARIA MUNICIPAL DE TURISMO E DESENVOLVIMENTO DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ Balneário Camboriú 24 horas o ano todo. Balneário Camboriú, 2004. Disponível em: <<http://www.camboriú.sc.gov.br>> Acesso em: 15/04/2004.

SENA, R. R. *et al.* O ser cuidador na internação domiciliar em Betim/MG. Revista **Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 53, n. 4, p. 544-554, out.-dez. 2000.

SIMIONI, A. M. C.; LEFÉVRE, F.; PEREIRA, I. M. T. B. **Metodologia Qualitativa nas Pesquisas de Saúde Coletiva: Considerações teóricas e instrumentais**. Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário da USP. Série monográfica, n.2, 1996. 21p. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/f.s.p.htm>> acesso em: 23 de janeiro 2003.

SILVA, Y. F. **Doenças e tratamentos entre famílias do Ribeirão da Ilha**. (Dissertação de Mestrado). Florianópolis: UFSC, 1991.

SILVA *et al.* Família e Redes Sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença.. *In*: SILVA, Y. F.; FRANCO, M. C. (Org.) **Saúde e Doença**: uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis: Papa – Livro, 1996.

SILVA, Y. F.; SCHOLZE, A.S.; FAGUNDES, A. M. A. **Riscos Potenciais à Saúde em Itinerários de Cura e Cuidado Observados por Agentes de Saúde que Visitam Famílias com Pessoas sob Cuidados Domiciliares**. 2004. 62 p. Relatório Final (Programa Integrado de Pós-Graduação e Graduação) Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2004

SILVA, E. N. F. da *et al.* O cuidar / cuidado do idoso doente fragilizado com o seu cuidador, fundamentado na teoria Madeleine Leininger – **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis. V 9, n2, p. 178-185, mai./ago, 2000.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1997. 147 p.

SMILKSTEIN, G. Influências psicossociais na saúde. *In*: RAKEL, R. E. **Tratado de medicina de família**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 5. Ed. P. 41-49.

SOUSA, M. F. **A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF**. Ver. Bras. Enferm. ; Brasília, vol. 53, n. especial, p. 25, dez.2000.

SOUZA, I. M. Na Trama da Doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. *In* RABELO, M. C. M. ; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. P. 171-185

SPINK, M.J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. *IN*: GUARESCHI & JOVCHELOVITCH, S. (orgs) **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995.

SZYMANSKI, H. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. **Serviço Social e Sociedade**. N. 71, ano XXIII p. 9-25, (especial) set. 2002.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos de promoção de saúde**. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Fiocruz, ENSP, Rio de Janeiro, 2002.

TESSER, C.D. ; LUZ, M. T. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. **Ciências & Saúde Coletiva**. V. 7. N.2.p.363-372, 2002.

TRENTINI M.; SILVA, D. G. V. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. **Texto e Contexto de Enfermagem**. Florianópolis, 1 (2): 76-88, jul./dez., 1992.

VALLA, V. V. Redes Sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.4, n.7,p. 37-56,2000.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano**: o resgate necessário. Porto Alegre Sagra Luzzato, 1998. 204 p.

APÊNDICES

APÊNDICE 1



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (INSTITUIÇÃO)

Estamos realizando uma pesquisa intitulada como Itinerários de cura e cuidado: Um estudo das representações sociais com base para uma reflexão crítica dos cuidados na família, elegendo a Unidade Básica de Saúde da comunidade da Barra do Rio como ambiente propício para realização da pesquisa, vindo solicitar sua valiosa colaboração, no sentido de consentir que realizemos esta pesquisa.

A pesquisa será desenvolvida com famílias da Barra do Rio, no período de agosto a dezembro de 2004, em duas etapas:

- 1 Exploração e aquisição de conhecimentos extensivos e profundos do investigador mediante interação investigador – sujeitos sociais, através da realização de entrevistas semi –estruturadas.
- 2 Inspeção e análise direta do material coletado, consistindo de análise minuciosa através da técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo.

Pelo presente, informamos que todos os participantes serão esclarecidos sobre o projeto de pesquisa (tema, problematização, objetivos, metodologia, cronograma), e que o consentimento informado tanto dos sujeitos sociais quanto dos representantes legais das instituições envolvidas é um documento que dá autonomia ao participante para fazer parte ou não da pesquisa, assim como para sair no momento em que considerar prejudicado ou por quaisquer situações que lhes convierem; clarificação de possíveis benefícios individuais e coletivos que poderão advir com a pesquisa; garantia de impedimento de dados previsíveis; possibilidade de relevância social no campo do trabalho com famílias; comunicação dos resultados às autoridades de saúde, equipe de saúde, sujeitos sociais participantes da pesquisa e sociedade.

Diante do exposto, solicitamos seu consentimento para que possamos realizar esta pesquisa científica de acordo com as normas éticas, legais preconizadas pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. Contando com sua colaboração, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente

Maria Isabel Fontana
Mestranda em Saúde – Univali – Itajaí

APÊNDICE 2



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Nome Sr(a). _____

Idade _____

Domiciliado (a) em _____

De profissão _____ e RG _____

foi informado detalhadamente sobre a pesquisa intitulada "Itinerários de Cura e Cuidado: Um estudo das Representações Sociais como base para uma reflexão crítica dos cuidados na família".

O (a) sr(a). foi plenamente esclarecido de que ao responder as questões que compõem esta pesquisa estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como objetivo estudar as representações sociais dos itinerários de cura e cuidado nas famílias dos moradores da Barra do Rio, em Balneário Camboriú – SC.

Embora o(a) Sr(a) venha aceitar a participação nesta pesquisa, está garantido que o(a) Sr(a) poderá desistir a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso informar de sua desistência, da maneira mais conveniente. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o(a) Sr(a) não terá direito a nenhuma remuneração. A participação na pesquisa não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza.

Os dados referentes ao Sr(a) serão sigilosos e privados, garantindo o seu anonimato, sendo que o(A) Sr(a) poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

A coleta de dados para a pesquisa será desenvolvida através de entrevistas individuais e observação que serão realizadas nas visitas domiciliares, garantindo-se privacidade e a confidência das informações, a mesma será realizada pela mestrandia Maria Isabel Fontana, sob a supervisão/orientação da Prof^a Dr^a Yolanda Flores e Silva.

Balneário Camboriú (SC) _____ de _____ de 2004.

Assinatura (de acordo) _____

Participante do estudo



Roteiro de entrevista semi-estruturada

1. Dados de Identificação do participante

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Profissão: _____ Escolaridade: _____

Religião: _____ Moradia: _____

Composição Familiar: _____

1. O que é ter saúde para você?

2. O que estar doente para você?

3. O que você faz quando precisa de algum tipo de ajuda?

(especificar o tipo de apoio, conforme a resposta)

4. Em situações de problemas de saúde, quem você procura? (Cite alguns exemplos)

5. Você considera que essa (s) solução foi (foram) a (s) melhor (es) para seus problemas?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)